



Azienda USL Toscana Centro

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

ANNO 2023-2025



INDICE GENERALE

| | |
|--|-----------|
| 1. PREMESSA..... | 6 |
| 2. NOTA METODOLOGICA..... | 8 |
| 3. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE..... | 9 |
| 3.1 Chi siamo..... | 9 |
| 3.2 Il territorio..... | 10 |
| 4. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE..... | 16 |
| 4.1 Valore pubblico..... | 16 |
| 4.1.1 Azioni Positive per la parità e la non discriminazione..... | 17 |
| 4.1.2 Campagna Aziendale di Sensibilizzazione sul Risparmio Energetico -Progetto CASE..... | 19 |
| Descrizione attività..... | 19 |
| Obiettivi:..... | 20 |
| 4.1.3 Accessibilità digitale..... | 20 |
| 4.1.4 Ottimizzazione delle dotazioni strumentali..... | 20 |
| 4.1.5 Procedure e processi da re-ingegnerizzare..... | 22 |
| 4.1.6 Governo liste di attesa..... | 22 |
| 4.2 Performance..... | 23 |
| 4.2.1 Pianificazione triennale..... | 24 |
| 4.2.2 Performance organizzativa: obiettivi e indicatori..... | 28 |
| 4.2.3 Performance individuale..... | 32 |
| 4.3 Rischi corruttivi e trasparenza..... | 33 |
| 4.3.1 Introduzione..... | 33 |
| La definizione di corruzione..... | 33 |
| La definizione di trasparenza..... | 33 |
| Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza..... | 34 |
| I soggetti coinvolti..... | 35 |
| Direzione aziendale..... | 36 |
| Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)..... | 36 |
| Dirigenti di struttura, DIR e RESP..... | 36 |
| Gruppo di lavoro (GDL)..... | 37 |
| Referenti anticorruzione e trasparenza (REF)..... | 37 |
| Dipendenti..... | 38 |
| Stakeholder..... | 38 |
| Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)..... | 38 |
| Servizio Ispettivo Aziendale (SIATC)..... | 38 |
| Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (CRRRA)..... | 39 |
| Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)..... | 39 |
| Obiettivi strategici..... | 39 |
| Il collegamento tra il sistema di prevenzione e il PNRR..... | 39 |
| 4.3.2 Analisi del contesto esterno ed interno..... | 41 |
| 4.3.3 La gestione del rischio..... | 44 |
| Definizione di processo..... | 45 |
| Le aree di rischio..... | 45 |

| | |
|--|-----------|
| Il processo di gestione del rischio..... | 46 |
| Analisi del contesto..... | 46 |
| La valutazione del rischio..... | 47 |
| Il trattamento del rischio..... | 47 |
| Procedura per la gestione del rischio corruzione..... | 47 |
| Il catalogo dei processi e il registro dei rischi..... | 48 |
| Stato dell'arte e indicazioni operative..... | 48 |
| Obiettivi..... | 49 |
| Indicatori..... | 49 |
| 4.3.4 La trasparenza..... | 50 |
| Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza..... | 51 |
| Tabella degli obblighi di trasparenza..... | 52 |
| Stato dell'arte e indicazioni operative..... | 52 |
| Obiettivi..... | 52 |
| Indicatori..... | 52 |
| 4.3.5 Accesso civico..... | 53 |
| Stato dell'arte e indicazioni operative..... | 53 |
| Obiettivi..... | 53 |
| Indicatori..... | 53 |
| 4.3.6 Formazione..... | 54 |
| Stato dell'arte e indicazioni operative..... | 54 |
| Obiettivi..... | 54 |
| Indicatori..... | 55 |
| 4.3.7 La gestione del conflitto di interessi..... | 55 |
| Introduzione..... | 55 |
| Obbligo di astensione in caso di conflitti di interessi e di comunicazione..... | 56 |
| <i>Stato dell'arte e indicazioni operative.....</i> | <i>57</i> |
| <i>Obiettivi.....</i> | <i>58</i> |
| <i>Indicatori.....</i> | <i>58</i> |
| La gestione del conflitto di interessi nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni..... | 58 |
| <i>Stato dell'arte e indicazioni operative.....</i> | <i>59</i> |
| <i>Obiettivi.....</i> | <i>60</i> |
| <i>Indicatori.....</i> | <i>60</i> |
| Le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi..... | 60 |
| <i>Stato dell'arte e indicazioni operative.....</i> | <i>61</i> |
| <i>Obiettivi.....</i> | <i>61</i> |
| <i>Indicatori.....</i> | <i>61</i> |
| La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici..... | 61 |
| <i>Stato dell'arte e indicazioni operative.....</i> | <i>62</i> |
| <i>Obiettivi.....</i> | <i>62</i> |
| <i>Indicatori.....</i> | <i>62</i> |

| | |
|---|-----------|
| La gestione del conflitto di interessi negli incarichi extra-istituzionali..... | 62 |
| <i>Stato dell'arte e indicazioni operative</i> | 63 |
| <i>Obiettivi</i> | 63 |
| <i>Indicatori</i> | 63 |
| Divieti post-employment - Pantouflage..... | 64 |
| <i>Stato dell'arte e indicazioni operative</i> | 65 |
| <i>Obiettivi</i> | 65 |
| <i>Indicatori</i> | 66 |
| 4.3.8 <i>Codice di comportamento</i> | 66 |
| Stato dell'arte e indicazioni operative..... | 66 |
| Obiettivo..... | 67 |
| Indicatori..... | 67 |
| 4.3.9 <i>La rotazione straordinaria</i> | 67 |
| I reati presupposto..... | 68 |
| Stato dell'arte e indicazioni operative..... | 68 |
| Obiettivi..... | 68 |
| Indicatori..... | 68 |
| 4.3.10 <i>La rotazione ordinaria</i> | 68 |
| Stato dell'arte e indicazioni operative..... | 69 |
| Obiettivi..... | 69 |
| Indicatori..... | 69 |
| 4.3.11 <i>Whistleblowing</i> | 70 |
| Stato dell'arte e indicazioni operative..... | 70 |
| Obiettivo..... | 70 |
| Indicatori..... | 70 |
| 4.3.12 <i>I patti d'integrità</i> | 71 |
| Stato dell'arte e indicazioni operative..... | 71 |
| Obiettivo..... | 71 |
| Indicatori..... | 71 |
| 4.3.13 <i>Monitoraggio e controllo</i> | 72 |
| 4.3.14 <i>Riesame</i> | 72 |
| 5. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO..... | 74 |
| 5.1 Struttura organizzativa..... | 74 |
| 5.1.1 <i>Organizzazione</i> | 74 |
| 5.2 Organizzazione del lavoro agile..... | 75 |
| 5.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale..... | 76 |
| 5.4 Formazione del personale..... | 76 |
| 5.4.1 <i>Il contesto aziendale</i> | 76 |
| 5.4.2 <i>La formazione continua</i> | 77 |
| 5.4.3 <i>Il Piano Annuale di Formazione</i> | 78 |
| 5.4.4 <i>La Mission Aziendale</i> | 79 |
| 5.4.5 <i>Gli obiettivi formativi strategici e priorità aziendali</i> | 79 |

| | |
|--|------------|
| 5.4.6 Elementi di coerenza del PAF con le politiche aziendali di sviluppo delle risorse umane, innovazioni organizzative e tecnologiche..... | 83 |
| Politiche Aziendali per lo Sviluppo delle Risorse Umane..... | 83 |
| Innovazioni Aziendali..... | 84 |
| Innovazione Organizzativa..... | 85 |
| Innovazioni Tecnologiche..... | 86 |
| 5.4.7 Il percorso di pianificazione e monitoraggio del Piano Annuale di Formazione..... | 87 |
| 5.4.8 Strumenti quantitativi e qualitativi di verifica e monitoraggio del PAF..... | 88 |
| 5.4.9 Formazione a distanza..... | 90 |
| 5.4.10 Risorse finanziarie..... | 91 |
| 6. MONITORAGGIO..... | 92 |
| 6.1 Monitoraggio valore pubblico e della performance..... | 92 |
| 6.2 Monitoraggio Anticorruzione..... | 94 |
| 7. RIFERIMENTI NORMATIVI..... | 95 |
| 8. DEFINIZIONI..... | 99 |
| 9. ALLEGATI..... | 101 |

1. PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è stato introdotto con il decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), e per l’efficienza della giustizia” convertito, con modificazioni, dalla legge n. 113 del 6 agosto 2021.

Il PIAO è il documento unico di programmazione e governance che assorbe molti dei piani che finora le Pubbliche amministrazioni italiane erano tenute a predisporre annualmente, tra cui: Piano della performance, Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP), Piano delle Azioni Positive (PAP), Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT), Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali.

Il presente PIAO dell'Azienda USL Toscana Centro -2023-2025- è redatto tenendo conto di quanto stabilito dal Decreto 30 giugno 2022 n. 132 “Regolamento recante la definizione del contenuto del Piano Integrato di attività e organizzazione PIAO” ed è volto al superamento della molteplicità, e della frammentazione, dei citati strumenti di programmazione, soppressi poiché assorbiti dal PIAO stesso.

Con il PIAO si vuole garantire la massima semplificazione, sostenere una visione integrata e complessiva dei diversi aspetti di programmazione, garantire la qualità e la trasparenza dei servizi per cittadini e imprese e la progressiva re-ingegnerizzazione dei processi nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della l. 190/2012.

Il Piano ha durata triennale (anni 2023-2025), viene aggiornato annualmente e definisce gli obiettivi e strategie di cui sotto:

- obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;
- strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- strumenti e obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, gli, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla Legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

- strumenti e fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- procedure da semplificare e reingegnerizzare, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- modalità e azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- modalità e azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere e alla lotta alle discriminazioni;

Per quanto riguarda il Monitoraggio delle azioni questo avverrà secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b), del D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, ossia con l'intervento dell'OIV aziendale e sulla base della relazione sulla performance. Il monitoraggio della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" avverrà secondo le indicazioni di ANAC.

2. NOTA METODOLOGICA

Il sistema aziendale si è approcciato gradualmente all'innovazione rappresentata dall'introduzione del PIAO e la predisposizione del presente Piano 2023-2025 è avvenuta a partire dalla definizione di linee strategiche di indirizzo da parte della Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa e attraverso il coordinamento tra Dipartimenti Aziendali per la progressiva integrazione della programmazione.

La responsabilità della stesura annuale del PIAO è affidata alla struttura dipartimentale Staff Direzione Amministrativa, che coordina il processo di redazione tra le strutture competenti coinvolte.

Nell'ottica della progressiva semplificazione e migliore integrazione della programmazione, questa Azienda Sanitaria si impegna a innovare in misura sempre maggiore l'impianto integrativo dei futuri aggiornamenti PIAO con una visione metodologica conforme alle indicazioni Ministeriali, in particolare attraverso passaggi ulteriori rispetto a quanto già descritto:

- discussione delle linee strategiche nel Comitato di Partecipazione aziendale che le arricchirà con gli aspetti di interesse della cittadinanza e delle associazioni, con particolare riferimento ai temi dell'accoglienza, informazione, pubblica tutela, soddisfazione, sostenibilità, umanizzazione e miglioramento della qualità dei servizi forniti dall'Azienda. In questa fase si prevede l'allargamento della discussione delle linee strategiche anche alle Società della Salute e alle associazioni che operano in convenzione con l'Azienda;
- presentazione delle linee strategiche a gruppi di professionisti e conseguente definizione di obiettivi specifici ed azioni per il loro conseguimento, tenendo conto dei vincoli della Direzione Aziendale e delle richieste degli stakeholder individuati.

3. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

3.1 Chi siamo

L'Azienda USL Toscana Centro è nata il 1° gennaio 2016 dall'unificazione delle Aziende Sanitarie Locali 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze e 11 di Empoli, ai sensi della Legge regionale Toscana n. 84 del 28 dicembre 2015 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005". L'Azienda USL Toscana Centro è un Ente senza fini di lucro, dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, organizzativa e contabile, facente parte del Servizio Sanitario della Regione Toscana, avente la finalità di assicurare nel proprio territorio di riferimento la tutela e la promozione della salute della popolazione, in conformità alla normativa ed ai livelli di assistenza nazionali e regionali, nonché agli obiettivi stabiliti dalla Regione. L'Azienda ha sede legale in Firenze, Piazza Santa Maria Nuova n. 1.

Ai sensi dell'art. 35 della l.r. n.40/2005, gli Organi dell'Azienda USL Toscana Centro sono: il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

I dipendenti al 31 dicembre 2022 sono 15.284 , di cui 166 responsabili di struttura semplice, 52 responsabili di struttura semplice dipartimentale e 226 responsabili di strutture complesse (vedere tabella 1).

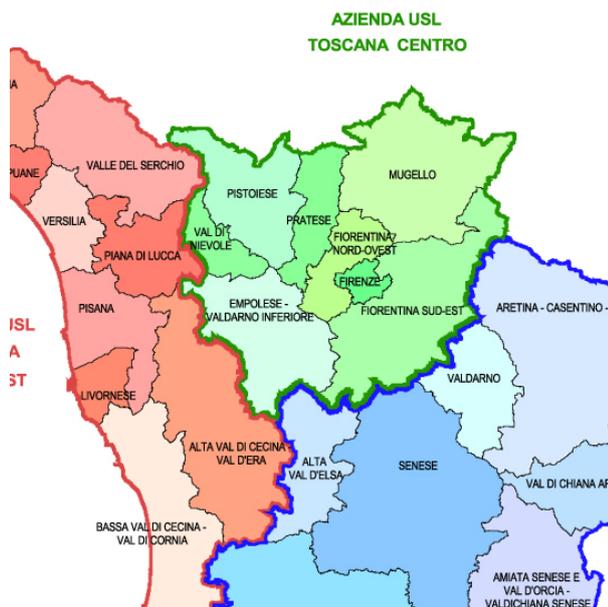
Tabella 1. Il personale dipendente della Azienda ULS Toscana Centro al 31/12/2022.

| Personale al 31/12/2022 | Unità | Di cui resp. di struttura semplice | Di cui resp. di Struttura Semplice Dipartimentale | Di cui resp. di Struttura Complessa |
|---|-------|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Infermiere | 5930 | - | - | - |
| Medico | 2486 | 125 | 43 | 174 |
| Operatore Socio Sanitario e Operatore Tecnico Addetto all'assistenza | 1897 | - | - | - |
| Personale Ruolo Amministrativo | 1.298 | - | - | - |
| Operatore Tecnico | 531 | - | - | - |
| Ostetrica | 385 | - | - | - |
| Tecnico prevenzione Ambiente e Luoghi di lavoro | 363 | - | - | - |
| Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico | 350 | - | - | - |
| Tecnico Sanitario di Radiologia Medica | 345 | - | - | - |
| Personale Ruolo Tecnico | 262 | - | - | - |
| Fisioterapista | 253 | - | - | - |
| Assistente Sociale | 203 | - | - | - |
| Educatore Professionale | 160 | - | - | - |
| Assistente Sanitario | 122 | - | - | - |
| Psicologo | 108 | 5 | - | 2 |
| Farmacista | 76 | 11 | 3 | 2 |
| Logopedista | 70 | - | - | - |
| Veterinario | 55 | 3 | - | 2 |
| Personale Ruolo Sanitario – Altro | 55 | - | - | - |
| Biologo | 49 | 6 | 1 | 1 |
| Dietista | 36 | - | - | - |
| Dir. Prof. San. Infermieristiche, Ostetrica, Tecnici Riabilitazione e Prevenzione | 35 | 3 | - | 12 |
| Ingegnere | 39 | 3 | - | 11 |

| | | | | |
|---|---------------|------------|-----------|------------|
| Dirigente Amministrativo | 34 | 5 | 5 | 19 |
| Tecnico neuro fisiopatologia | 33 | - | - | - |
| Tecnico delle neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva | 20 | - | - | - |
| Fisico | 18 | | | 1 |
| Ortottista Assistente Oftalmologia e Ottico | 17 | - | - | - |
| Tecnico della Riabilitazione psichiatrica | 15 | - | - | - |
| Chimico | 5 | 1 | - | - |
| Tecnico Audiometrista | 8 | - | - | - |
| Podologo | 5 | - | - | - |
| Odontoiatra | 4 | 2 | - | - |
| Odontotecnico | 4 | - | - | - |
| Architetto | 2 | - | - | - |
| Dirigente Assistente Sociale | 4 | 2 | - | - |
| Avvocato | 2 | - | - | 1 |
| Tecnico Ortopedico | 2 | - | - | - |
| Sociologo | 1 | - | - | - |
| Statistico | 1 | - | - | 1 |
| Terapista Occupazionale | 1 | - | - | - |
| Totale | 15.284 | 166 | 52 | 226 |

3.2 Il territorio

Fig. 1



L'Azienda USL Toscana Centro è l'Azienda con la più alta densità abitativa della regione, oltre 1,6 milioni di cittadini in 5.000 Km²; la maggioranza della popolazione vive in comuni urbani, in particolare quelli dell'asse residenziale di Firenze, Prato e Pistoia. I comuni dell'Azienda USL Toscana Centro sono 73, ovvero tutti i comuni della città metropolitana di Firenze, delle provincie di Prato e Pistoia oltre a 4 comuni della Provincia di Pisa (Castelfranco di Sotto, Montopoli Valdarno, San Miniato, Santa Croce sull'Arno). Il territorio è suddiviso in 8 otto Zone-Distretto

(figura 1 area in verde) ed informalmente in 4 Aree o Ambiti Territoriali (AT), coincidenti con i territori delle 4 ex ASL dalla cui unione è sorta l'Azienda.

La densità di popolazione varia notevolmente fra le otto zone socio-sanitarie (Tabella 2). È massima nella piana tra Firenze, Prato e Pistoia, e minima in Mugello, contribuendo ad alcune delle differenze territoriali in termini di stili di vita, esposizioni ambientali, profili socioeconomici e salute.

Tabella 2. Caratteristiche del Territorio delle zone socio-sanitarie dell'AUSL TC. Fonte: ARS e ISTAT, 2022.

| <i>Zona sociosanitaria o Società della Salute e AUSL</i> | <i>Superficie (Km²)</i> | <i>Densità popolazione (Ab/Km²)- 2021</i> | <i>Popolazione in comuni montani (%) - 2021</i> |
|--|------------------------------------|--|---|
| <i>Pistoiese</i> | 699 | 246 | 8,3 |
| <i>Val di Nievole</i> | 265 | 447 | 0,0 |
| <i>Pratese</i> | 365 | 725 | 3,5 |
| <i>Fiorentina</i> | 102 | 3.601 | 0,0 |
| <i>Fiorentina Nordovest</i> | 333 | 632 | 2,5 |
| <i>Fiorentina Sudest</i> | 1.212 | 151 | 5,5 |
| <i>Mugello</i> | 1.131 | 56 | 100,0 |
| <i>Empolese Valdelsa Valdarno</i> | 933 | 260 | 0,0 |
| AUSL Toscana Centro | 5.041 | 321 | 6,3 |
| AUSL Nord Ovest | 6.389 | 196 | 14,1 |
| AUSL Sud Est | 11.557 | 71 | 17,1 |
| <i>Regione Toscana</i> | 22.987 | 161 | 11,4 |

Il territorio della Provincia di Pistoia comprende i nove comuni della zona socio-sanitaria Pistoiese e gli undici di quella della Val di Nievole. Nella Zona Pistoiese circa la metà della popolazione vive nel Comune di Pistoia e vi sono rappresentate le aree montane dei comuni Abetone-Cutigliano, Marliana, Sambuca Pistoiese e San Marcello Pistoiese-Piteglio, mentre i comuni della Piana pistoiese (Aglia, Montale, Pistoia, Quarrata, Serravalle Pistoiese) sono in continuità dell'asse metropolitano fiorentino e pratese. Il complesso del Montalbano separa il territorio della Zona Pistoiese da quello della Zona Val di Nievole, più collinare e con maggiore densità abitativa.

Il territorio della Zona Pratese, attraversato dalla valle del fiume Bisenzio, coincide con la Provincia di Prato ed è caratterizzato dalla più alta densità abitativa fra le province toscane e tra le più elevate in Italia. Poco più del 75% dei 258 mila residenti vive nel Comune di Prato, il secondo in Toscana dopo Firenze per numerosità. Il rimanente 25% è distribuito negli altri 6 comuni, di cui Cantagallo, Vaiano e Vernio sono collocati sul versante montano, Montemurlo nella piana in continuità dell'asse metropolitano residenziale Firenze-Prato-Pistoia e Poggio a Caiano e Carmignano, detti anche "comuni medicei", sul versante collinare sud, orientati verso l'area fiorentina.

Il territorio della Zona Fiorentina coincide con quello del comune di Firenze e rappresenta la parte del territorio della AUSL TC più antropizzata. La Zona Fiorentina Nord Ovest include i sette comuni della cintura metropolitana di Firenze: Calenzano, Campi Bisenzio, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto

Fiorentino, Signa, Vaglia. Dal punto di vista demografico è storicamente una porzione di territorio cresciuta grazie all'insediamento di famiglie giovani in cerca di residenze economicamente più accessibili rispetto al centro storico e alle fasce residenziali della città di Firenze.

La Zona Fiorentina Sud Est, con prevalente carattere collinare, presenta aspetti rurali e al tempo stesso urbani con insediamenti sparsi e agglomerati sulle alture. Comprende il comune collinare di Fiesole, i comuni del "Chiantishire", che testimoniano la toscanità nell'immaginario collettivo globalizzato (Greve in Chianti, Impruneta), quelli della Val di Pesa (San Casciano, Tavarnelle e Barberino Val d'Elsa), che per coerenza paesaggistica si integrano con quelli dell'area senese, i comuni del Valdarno superiore (Figline e Incisa, Reggello, Rignano sull'Arno), caratterizzati da alternanza di aree agricole e commerciali in direzione del territorio aretino e quelli della Val di Sieve (Dicomano, Londa, San Godenzo, Pelago, Pontassieve e Rufina), con aree rurali e montane, in continuità con il Mugello e l'Appennino romagnolo.

Il territorio della Zona Mugello è costituito da una larga conca circondata da colline e aree montuose appenniniche, con oltre il 70% di territorio boschivo. Ha la più bassa densità abitativa dell'Azienda USL Toscana Centro e tutti i suoi otto Comuni (Barberino di Mugello, Borgo San Lorenzo, Dicomano, Firenzuola, Marradi, Palazzuolo sul Senio, Scarperia e San Piero, Vicchio) sono classificati come totalmente montani.

Il territorio della Zona Empolese Valdelsa Valdarno comprende undici comuni della provincia di Firenze (Capraia e Limite, Cerreto Guidi, Empoli, Fucecchio, Montelupo Fiorentino, Montespertoli, Vinci, Val d'Elsa, Castelfiorentino, Certaldo, Gambassi Terme, Montaione) e quattro comuni della provincia di Pisa. Geograficamente è configurata come un corridoio nella valle dell'Arno tra la Toscana interna e la costa, con territorio pianeggiante con alta densità di mobilità metropolitana.

I residenti al 1/1/2022 nell'Azienda USL Toscana Centro sono 1.620.758 (Maschi: 784.007, 48,4%; Femmine: 836.751, 51,6%). Per dimensione demografica è la seconda più grande azienda sanitaria in Italia, dopo quella metropolitana di Milano.

La Zona più popolosa è quella Fiorentina, coincidente con il Comune di Firenze, con quasi 370.000 abitanti, il 22,7% dell'intera AUSL Toscana Centro, seguita in ordine decrescente dalla Pratese (ca. 265.000; 16%), nell'Empolese Valdelsa Valdarno (ca.241.000; 15%), Fiorentina Nord-Ovest (ca. 210.000; 13%), Fiorentina Sud Est (ca. 182.000; 11%), Pistoiese (ca. 171.000; 11%), Val di Nievole (ca. 118.000; 7,3%) e Mugello (ca. 63.000; 4%) (Tabella 3). I 4 Comuni pisani della Zona Empolese (Castelfranco di Sotto, Montopoli V. no, San Miniato e Santa Croce sull'Arno) contano 66.813 residenti, poco più del 4% dell'intera popolazione aziendale ed il 28% della popolazione della Zona Empolese. Il 96% della popolazione dell'Azienda USL Toscana Centro coincide con quella delle 3 province metropolitane di Firenze, Prato e Pistoia, di cui la fiorentina rappresenta la quota maggioritaria con quasi 1 milione di abitanti (61,6 % dei residenti nell'Azienda USL Toscana Centro), seguita dalla pistoiese (290.000ab.; 17,9%) e dalla pratese (265.000 ab; 16,4 %). Rispetto alle altre due AUSL toscane, per numero di residenti l'Azienda USL Toscana Centro è il doppio di quella Sud Est e oltre il 50% della Nord Ovest.

Tabella 3. Popolazione residente nell'AUSL TC per Comune e Zona al 1.1.2021. Fonte: ISTAT, 2022.

| <i>Zona</i> | <i>Comune</i> | <i>Maschi</i> | <i>Femmine</i> | <i>Totale</i> | <i>%</i> | <i>%</i> |
|-----------------------|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | | | <i>su Zona</i> | <i>su AUSL</i> |
| <i>Pistoiese</i> | Abetone Cutigliano | 985 | 988 | 1.973 | 1,2 | 0,1 |
| | Agliana | 8.956 | 9.156 | 18.112 | 10,6 | 1,1 |
| | Marliana | 1.573 | 1.557 | 3.130 | 1,8 | 0,2 |
| | Montale | 5.242 | 5.515 | 10.757 | 6,3 | 0,7 |
| | Pistoia | 43.117 | 46.612 | 89.729 | 52,3 | 5,5 |
| | Quarrata | 13.165 | 13.759 | 26.924 | 15,7 | 1,7 |
| | Sambuca Pistoiese | 729 | 715 | 1.444 | 0,8 | 0,1 |
| | San Marcello Piteglio | 3.648 | 4.061 | 7.709 | 4,5 | 0,5 |
| | Serravalle Pistoiese | 5.701 | 5.963 | 11.664 | 6,8 | 0,7 |
| | Zona Pistoiese | 83.116 | 88.326 | 171.442 | 100 | 10,6 |
| <i>Val di Nievole</i> | Buggiano | 4.229 | 4.539 | 8.768 | 7,4 | 0,5 |
| | Chiesina Uzzanese | 2.225 | 2.280 | 4.505 | 3,8 | 0,3 |
| | Lamporecchio | 3.578 | 3.794 | 7.372 | 6,2 | 0,5 |
| | Larciano | 3.058 | 3.221 | 6.279 | 5,3 | 0,4 |
| | Massa E Cozzile | 3.653 | 4.054 | 7.707 | 6,5 | 0,5 |
| | Monsummano Terme | 10.182 | 10.717 | 20.899 | 17,6 | 1,3 |
| | Montecatini Terme | 9.555 | 10.897 | 20.452 | 17,2 | 1,3 |
| | Pescia | 9.375 | 9.875 | 19.250 | 16,2 | 1,2 |
| | Pieve A Nievole | 4.457 | 4.710 | 9.167 | 7,7 | 0,6 |
| | Ponte Buggianese | 4.285 | 4.507 | 8.792 | 7,4 | 0,5 |
| | Uzzano | 2.714 | 2.898 | 5.612 | 4,7 | 0,3 |
| | Zona Val di Nievole | 57.311 | 61.492 | 118.803 | 100 | 7,3 |
| <i>Pratese</i> | Cantagallo | 1.611 | 1.491 | 3.102 | 1,2 | 0,2 |
| | Carmignano | 7.534 | 7.564 | 15.098 | 5,7 | 0,9 |
| | Montemurlo | 9.648 | 9.829 | 19.477 | 7,3 | 1,2 |
| | Poggio A Caiano | 4.963 | 5.206 | 10.169 | 3,8 | 0,6 |
| | Prato | 98.750 | 102.660 | 201.410 | 75,9 | 12,4 |
| | Vaiano | 4.864 | 5.111 | 9.975 | 3,8 | 0,6 |
| | Vernio | 2.995 | 3.043 | 6.038 | 2,3 | 0,4 |
| | Zona Pratese | 130.365 | 134.904 | 265.269 | 100 | 16,4 |
| <i>Fiorentina</i> | Firenze – Zona Fiorentina | 172.706 | 195.713 | 368.419 | 100 | 22,7 |
| <i>Fiorentina</i> | Calenzano | 9.145 | 9.275 | 18.420 | 8,8 | 1,1 |
| <i>Nord Ovest</i> | Campi Bisenzio | 23.816 | 24.055 | 47.871 | 22,8 | 3 |
| | Lastra A Signa | 9.698 | 10.116 | 19.814 | 9,4 | 1,2 |
| | Scandicci | 24.184 | 26.276 | 50.460 | 24 | 3,1 |
| | Sesto Fiorentino | 23.576 | 25.739 | 49.315 | 23,5 | 3 |
| | Signa | 9.424 | 9.787 | 19.211 | 9,1 | 1,2 |

| | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|------------|-------------|
| | Vaglia | 2.534 | 2.653 | 5.187 | 2,5 | 0,3 |
| | Zona Fiorentina Nord-Ovest | 102.377 | 107.901 | 210.278 | 100 | 13 |
| <i>Fiorentina</i> | Bagno A Ripoli | 12.056 | 13.267 | 25.323 | 13,9 | 1,6 |
| <i>Sud Est</i> | Barberino Tavarnelle | 5.958 | 5.995 | 11.953 | 6,6 | 0,7 |
| | Fiesole | 6.648 | 7.197 | 13.845 | 7,6 | 0,9 |
| | Figline e Incisa In Valdarno | 11.286 | 12.030 | 23.316 | 12,8 | 1,4 |
| | Greve In Chianti | 6.582 | 6.844 | 13.426 | 7,4 | 0,8 |
| | Impruneta | 6.982 | 7.515 | 14.497 | 7,9 | 0,9 |
| | Londa | 958 | 875 | 1.833 | 1 | 0,1 |
| | Pelago | 3.787 | 3.926 | 7.713 | 4,2 | 0,5 |
| | Pontassieve | 9.977 | 10.500 | 20.477 | 11,2 | 1,3 |
| | Reggello | 8.189 | 8.345 | 16.534 | 9,1 | 1 |
| | Rignano Sull'Arno | 4.292 | 4.323 | 8.615 | 4,7 | 0,5 |
| | Rufina | 3.538 | 3.627 | 7.165 | 3,9 | 0,4 |
| | San Casciano In Val di pesa | 8.059 | 8.631 | 16.690 | 9,1 | 1 |
| | San Godenzo | 533 | 534 | 1.067 | 0,6 | 0,1 |
| | Zona Fiorentina Sud-Est | 88.845 | 93.609 | 182.454 | 100 | 11,3 |
| <i>Mugello</i> | Barberino Di Mugello | 5.384 | 5.486 | 10.870 | 17,2 | 0,7 |
| | Borgo San Lorenzo | 8.852 | 9.355 | 18.207 | 28,8 | 1,1 |
| | Dicomano | 2.751 | 2.688 | 5.439 | 8,6 | 0,3 |
| | Firenzuola | 2.236 | 2.263 | 4.499 | 7,1 | 0,3 |
| | Marradi | 1.498 | 1.456 | 2.954 | 4,7 | 0,2 |
| | Palazzuolo Sul Senio | 564 | 547 | 1.111 | 1,8 | 0,1 |
| | Scarperia e San Piero | 5.939 | 6.132 | 12.071 | 19,1 | 0,7 |
| | Vicchio | 4.029 | 4.027 | 8.056 | 12,7 | 0,5 |
| | Zona Mugello | 31.253 | 31.954 | 63.207 | 100 | 3,9 |
| | Capraia E Limite | 3.890 | 3.966 | 7.856 | 3,3 | 0,5 |
| | Castelfiorentino | 8.494 | 8.943 | 17.437 | 7,2 | 1,1 |
| | Cerreto Guidi | 5.340 | 5.592 | 10.932 | 4,5 | 0,7 |
| | Certaldo | 7.692 | 7.940 | 15.632 | 6,5 | 1 |
| | Empoli | 23.457 | 25.217 | 48.674 | 20,2 | 3 |
| <i>Empolese</i> | Fucecchio | 11.287 | 11.703 | 22.990 | 9,5 | 1,4 |
| <i>Valdelsa</i> | Gambassi Terme | 2.347 | 2.445 | 4.792 | 2 | 0,3 |
| <i>Valdarno</i> | Montaione | 1.717 | 1.788 | 3.505 | 1,5 | 0,2 |
| | Montelupo Fiorentino | 6.950 | 7.319 | 14.269 | 6 | 0,9 |
| | Montespertoli | 6.555 | 6.687 | 13.242 | 5,5 | 0,8 |
| | Vinci | 7.224 | 7.520 | 14.744 | 6,1 | 0,9 |
| | Castelfranco Di Sotto (PI) | 6.676 | 6.743 | 13.419 | 5,5 | 0,8 |
| | Montopoli In Val D'Arno (PI) | 5.490 | 5.570 | 11.060 | 4,6 | 0,7 |

| | | | | | | |
|----------------|-----------------------------------|----------------|----------------|------------------|------------|-------------|
| | San Miniato (PI) | 13.585 | 14.200 | 27.785 | 11,6 | 1,7 |
| | Santa Croce Sull'Arno (PI) | 7.330 | 7.219 | 14.549 | 6 | 0,9 |
| | Zona Empolese Valdelsa Vno | 118.034 | 122.852 | 240.886 | 100 | 14,9 |
| | | | | | | |
| AUSL TC | | 784.007 | 836.751 | 1.620.758 | | 43,9 |
| AUSL NO | | 607.167 | 646.792 | 1.253.959 | | 34,0 |
| AUSL SE | | 397.376 | 420.772 | 818.148 | | 22,1 |
| TOSCANA | | 1.788.550 | 1.904.315 | 3.692.865 | | 100,0 |

L'ISTAT ha pubblicato le stime dell'aspettativa di vita al 2021 con dettaglio geografico fino a livello provinciale ma non comunale; nella Provincia di Firenze è di 82,1 anni per i maschi e 85,9 per le femmine, in quella di Pistoia di 80,5 nei maschi e 85,4 nelle femmine e in quella di Prato di 80,4 nei maschi e 84,8 nelle femmine, mentre i valori della regione Toscana sono di 81,1 per i maschi e 85,2 per le femmine e dell'Italia di 80,1 e 84,7 rispettivamente. La struttura per età non varia tra zone; nella Azienda USL Toscana Centro, secondo i dati ISTAT 2022, un residente su quattro ha almeno 65 anni. Gli ultra 75enni sono 214.859 (13,3%), gli ultra90enni sono 27.441 (1,7%) e gli ultracentenari 620. Dopo i 50 anni le femmine cominciano a superare in numero assoluto i loro coetanei, a causa della differenza di mortalità per genere e per età, a favore delle femmine, tanto che dopo gli 85 anni le femmine sono oltre il doppio dei maschi.

Nel corso del 2021, l'Azienda USL Toscana Centro fa segnare un saldo naturale tra nati e deceduti negativo (- 9.697 residenti). Il saldo naturale è negativo in tutte le zone, anche se nella Pratese è meno accentuato per la maggiore presenza di giovani in età fertile, di cui una quota significativa di stranieri. Anche il saldo migratorio tra immigrati ed emigrati nell'Azienda USL Toscana Centro è negativo (- 1.987 residenti), dovuto alla forte regressione della sola zona Fiorentina, mentre tutte le altre sono positive.

La distribuzione dei residenti stranieri secondo la cittadinanza in base ai dati ISTAT del 2020 evidenzia che le comunità più rappresentate nel territorio dell'Azienda USL Toscana Centro sono nell'ordine la cinese (25,3%), albanese (15,3%), rumena (14,6%), marocchina (5,5%) e peruviana (3,7%). La comunità cinese è più rappresentata nell'area metropolitana, in particolare nei comuni e zone con maggiori attività industriali, come quelli della zona Fiorentina, Fiorentina Nord Ovest, Pratese ed Empolese.

4. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

4.1 Valore pubblico

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

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

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

Inoltre in materia di obiettivi strategici l'Azienda tiene conto delle indicazioni nazionali e di quelle regionali, in particolar modo fa riferimento a:

- il Nuovo Sistema di Garanzia e la Griglia LEA;
- gli Indicatori di esito nazionali (PNE) e regionali (PROSE);
- gli indicatori definiti a livello regionale dal Laboratorio MES della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Tutti questi obiettivi sono perseguiti tenendo conto della missione istituzionale assimilabile al valore universalistico di "Tutela della Salute" che è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini.

Nell'ambito della creazione di valore pubblico a favore della collettività si sottolineano, in particolare, le azioni aziendali di cui sotto:

- Azioni Positive per la parità e la non discriminazione,
- Campagna Aziendale di Sensibilizzazione sul Risparmio Energetico -Progetto CASE,
- Accessibilità digitale,
- Ottimizzazione delle dotazioni strumentali,
- Procedure e processi da re-ingegnerizzare.
- Governo liste di attesa

4.1.1 Azioni Positive per la parità e la non discriminazione

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

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

Il Piano di Azioni Positive (PAP) rientrava tra le funzioni affidate al Comitato Unico di Garanzia (CUG) dalla Direttiva 2/2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri ed è oggi ricompreso nel PIAO.

Il CUG dell'Azienda USL Toscana Centro, nominato con delibera del Direttore Generale n.203 del 7/2/2019 si è riunito per la prima volta il 19/03/2019 ed ha proseguito con incontri mensili, fatta eccezione per il periodo di interruzione forzata delle attività, causa della pandemia coronavirus.

L'impegno comune dei membri del CUG, ha portato alla redazione della parte "operativa" del Piano di Azioni Positive dove sono indicati gli obiettivi da raggiungere nel periodo 2023-2026.

Le Azioni Positive hanno lo scopo di garantire una maggiore tutela ai lavoratori pubblici, di rendere ancora più efficace ed efficiente l'attività della pubblica amministrazione, di favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro fra uomini e donne, il benessere dei dipendenti, nonché la prevenzione e la rimozione del Mobbing e di qualsiasi discriminazione o violenza morale, psicologica e assicurare la rimozione degli ostacoli che impediscano la pari opportunità nel luogo di lavoro.

Il CUG aziendale si è dato pertanto degli obiettivi, da raggiungere nel prossimo triennio, conformi alle responsabilità dettate dalle disposizioni.

I tempi riguardanti l'attuazione di tali obiettivi saranno definiti con i membri del CUG, come gli argomenti specifici e le priorità:

- Formazione dei membri del cug: per i membri costituenti l'attuale CUG dell'Azienda USL Toscana Centro, e' necessario prevedere un costante aggiornamento formativo su tematiche specifiche da individuare, al fine di sviluppare particolari attività, in base alle competenze già in possesso.
- Rapporti tra i CUG regionali delle Ausl e sanitarie ed altri enti: Il CUG si prefigge di sviluppare costanti rapporti, più articolati e capillari, con i CUG regionali delle Aziende Sanitarie e creare percorsi di approfondimento di conoscenza fra CUG e i vari organi Aziendali, con l'obiettivo di potenziare le attività dei singoli CUG e contribuire all'innovazione delle PA.
- Collaborazione con il SePP per la prevenzione dello stress lavoro correlato: sviluppo ed incremento di un percorso condiviso di collaborazione con il SePP per la prevenzione dello stress lavoro correlato e la sicurezza sui luoghi di lavoro. Il CUG si propone come organo di ponte tra i lavoratori e gli organi preposti alla prevenzione, rimanendo al contempo nei limiti del proprio ruolo nell'ambito aziendale, facendosi intercettore tempestivo dei fattori ambientali, diretti e indiretti, che alimentano stress e burn-out o al contrario favoriscono sicurezza.
- Collaborazione con il SePP in relazione al tema delle aggressioni del personale: collaborazione con il SePP ed il Dipartimento Risorse Umane per la prevenzione e la gestione delle aggressioni al personale, particolarmente frequenti in ambito sanitario.
- Bilancio di genere: Il Bilancio di genere ha ottenuto un riconoscimento ufficiale solo negli anni '80, come strumento a sostegno delle istituzioni, per realizzare la parità di genere, solo nel 2001 però, sia in Europa che in Italia, ha avuto inizio il processo di applicazione nel lavoro pubblico. Il CUG si propone di monitorare le criticità ancora esistenti (con l'ausilio dei dati).
- Smart Working: lo Smart Working, istituito con un preciso quadro normativo di riferimento, costituisce una filosofia aziendale fondata sulla restituzione alle persone di flessibilità ed autonomia nella scelta degli spazi, degli orari e degli strumenti più idonei alla condizione personale, esaltando il senso di responsabilità del proprio compito lavorativo e di appartenenza all'Azienda di riferimento. Puntare sull'umanizzazione del lavoro è da considerarsi un punto di forza per l'Azienda. È necessario provvedere da parte del CUG ad una riflessione d'approfondimento sull'applicazione e il monitoraggio dello Smart-Working in azienda, in collaborazione con il Dipartimento Risorse Umane.

- Cause di lavoro promosse contro l'azienda: il CUG potrà svolgere un'azione di analisi di quelle che sono le motivazioni che sottendono tali cause di lavoro ed agevolare l'Azienda nell'individuare le criticità da superare.
- Provvedimenti disciplinari (dirigenza e comparto): il CUG potrà svolgere l'analisi delle motivazioni che portano ai provvedimenti disciplinari e metterla a disposizione del lavoratore e dei sindacati a scopo preventivo di comportamenti passibili di tali provvedimenti.
- Invecchiamento e lavoro: il CUG propone lo studio ed analisi di tutti i disagi relativi al costante invecchiamento del personale, conseguente alla mancata sostituzione e ai numerosi pensionamenti, determinando maggiori carichi di lavoro e rischi per i dipendenti.
- Sviluppare strategie per creare una maggiore rete di conoscenze con altri Enti al fine di acquisire più consapevolezza e più efficacia e promuovere Protocolli d'Intesa per la realizzazione delle Azioni Positive.
- Rapporti con la Consigliera delle Pari Opportunità e Dipartimento risorse Umane: trovare modalità di collaborazione e di confronto, propositive ed efficaci con la Consigliera Regionale delle Pari Opportunità e con il Dipartimento delle Risorse Umane.
- Rapporti con la Commissione Pari Opportunità Ordine dei Medici: Sviluppare rapporti di conoscenza, collaborazione e condivisione delle azioni d'interesse comune, con la Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici.

4.1.2 Campagna Aziendale di Sensibilizzazione sul Risparmio Energetico -Progetto CASE

Descrizione attività

Il progetto C.A.S.E. nasce dall'idea di contribuire attivamente come Azienda alla cultura del risparmio energetico.

L'insieme delle attività individuate vuole esortare i dipendenti al senso di responsabilità e indurre ad azioni e comportamenti energeticamente corretti anche sul luogo di lavoro. Le azioni programmate sono orientate a favorire il diffondersi fra i dipendenti di una cultura di base delle buone prassi, che a propria volta concorra agli obiettivi finali del contenimento degli sprechi e del risparmio di energia.

E' stato messo a punto un Piano di azioni con relativa timeline:

- Interpretazione aggiornata del Codice di Comportamento per i dipendenti con contenuti dedicati
- Ideazione e pubblicazione di materiali di comunicazione, banner sul sito web e locandine rappresentative
- Ideazione e pubblicazione di altri materiali informativi (brochure) sui temi trattati
- Elaborazione di Linee guida tecniche aziendali sulla buona gestione energetica
- Definizione di un Piano Energetico Aziendale (PEA)
- Definizione di Piani Energetici Zonali (PEZ)
- Attivazione di uno spazio in Area riservata web per raccolta di materiali informativi ad uso dei dipendenti
- Programmazione di percorsi informativi/educativi rivolti alla scuola in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale ed enti accreditati

- Azioni di Monitoraggio periodico sui consumi di energia aziendali e di feed back sui comportamenti

Obiettivi:

- Sensibilizzare sul rispetto dell'ambiente e delle fonti energetiche
- Sensibilizzare sul risparmio di energia in un contesto di grande criticità globale
- Favorire la conoscenza sul tema
- Orientare verso comportamenti eco responsabili per il benessere personale e collettivo
- Ridurre gli sprechi energetici in Azienda

4.1.3 Accessibilità digitale

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

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

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

4.1.4 Ottimizzazione delle dotazioni strumentali

Lo sfruttamento ottimale delle risorse tecnologiche, nella loro qualità di attrezzature di lavoro correlate all'assistenza, è un aspetto di estrema rilevanza strategica nell'ambito gestionale di un'azienda sanitaria, per mantenere il controllo di possibili situazioni critiche dal lato clinico, a diversi livelli, o quantomeno, al limite, per non esacerbare taluni aspetti collegati a casistiche che si caratterizzano per diffusività, urgenza ed imprevedibilità particolari ed assolute, come nel caso della pandemia da Coronavirus.

Tutto ciò premesso, considerato anche il livello di complessità dell'organizzazione aziendale, per perseguire sistematicamente il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza operativa delle strutture gestite, occorre tendere preliminarmente ad una piena consapevolezza circa la pianificazione e distribuzione delle risorse strumentali di carattere nevralgico, attraverso:

- la cognizione completa della sequenza di lavoro associata al relativo utilizzo;
- un'adeguata padronanza delle caratteristiche e dei vincoli tecnico-ambientali collegati;
- un'approfondita conoscenza dell'assetto organizzativo sanitario delle strutture operative utilizzatrici e, più in generale, dei dipartimenti assistenziali di afferenza delle stesse.

Solo attraverso la completa disamina dei domini di analisi sopraelencati si potrà pervenire alla definizione dei più opportuni parametri indicatori (KPI = Key Performance Indicators), che, a regime, si tenderà ad assumere come misuratori del raggiungimento di obiettivi preventivamente definiti per un particolare settore tecnologico o fattispecie, eventualmente anche tramite un sistema di controllo dell'avanzamento e prevedendo un'attività di reporting periodico a supporto delle attività decisionali.

Nondimeno, l'elevata dinamicità ed eterogeneità del contesto sanitario di riferimento mettono in evidenza la necessità di individuare i corretti livelli di aggregazione da adottare coerentemente, a seconda dei punti di vista, come nel seguente elenco:

- aggregazione di risorse (ad esempio: un intero reparto operatorio, o una sola delle sue camere, o una sola delle sue peculiari risorse in termini di strumentario o altri macchinari);
- aggregazione di tempi (ad esempio: necessità di un dettaglio giornaliero, o di una scansione settimanale, o mensile, o altro);
- aggregazione di volumi (ad esempio: necessità di lavorare sul numero complessivo di prestazioni assistenziali erogate, o invece di discriminare anche su ciascuna particolare tipologia di esse).

Una previsione di miglioramento sarà tendenzialmente più accurata per fenomeni più aggregati, nei termini suddetti, e meno accurata per fenomeni più di dettaglio e meno concentrati temporalmente.

Attraverso un consimile modello di percorso si potrà giungere a implementare una vera e propria pianificazione operativa volta ad allocare al meglio le risorse disponibili, definendo i fabbisogni delle diverse professionalità aventi causa (anche in termini di effort lavorativo, di competenze, di spazi e dotazioni impiantistiche ed ambientali disponibili), allineando di conseguenza le risorse ai processi, fino ad arrivare, a seconda della fattispecie, all'equilibrio delle allocazioni.

I risultati attesi di una buona pianificazione e del conseguente miglioramento dell'utilizzo delle dotazioni tecnologiche comprenderanno l'aumento dell'output realizzato, e dunque, in pratica, la possibilità di curare più pazienti a pari investimento, o ridurre le necessità di investimento a pari numero di pazienti curati; in ogni caso, a tutto beneficio sia dello Stato Patrimoniale sia del Conto Economico nel Bilancio aziendale.

Riassumendo, sfruttare al meglio le risorse tecnologiche è un aspetto di assoluta importanza nella governance sanitaria aziendale, in quanto ha un impatto assai rilevante su molti aspetti di prestazione e, in definitiva, sulla qualità dell'assistenza ai pazienti; considerata la complessità delle articolazioni organizzative aziendali e anche la vastità ed eterogeneità del bacino di utenza coinvolto, è sottolineata la necessità di ottimizzare non il rendimento di una risorsa alla volta, ma di tante diverse risorse tra loro interdipendenti.

4.1.5 Procedure e processi da re-ingegnerizzare

In questo primo PIAO si elencano una serie di procedure e processi strategici in corso di revisione:

- Adeguamento dei processi dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base dell'organizzazione e degli standard di cui al DM 77/2022, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione del PNRR, tenendo conto delle norme e indicazioni regionali.
- Creazione di valore aziendale con la reingegnerizzazione del processo di budget quale principale sistema di governo aziendale. Si procederà pertanto a ridisegnare le varie fasi del processo: definizione, attribuzione, monitoraggio, misurazione e valutazione degli obiettivi di budget dell'azienda, attraverso:
 - l'informatizzazione della costruzione, diffusione e sottoscrizione della scheda di budget e dei relativi indicatori;
 - la messa a disposizione di cruscotti aziendali di monitoraggio, accessibili dalle singole Strutture.
- Processo di creazione di valore di sistema attraverso percorsi di team-building e di coaching rivolti ai Direttori di struttura semplice e complessa per la gestione del cambiamento e dell'innovazione organizzativa. Parte del processo di creazione di valore sarà l'introduzione del principio della accountability clinica, anche attraverso l'introduzione di un sistema di deleghe strutturato per le attività cliniche e sanitarie.
- Revisione del sistema aziendale di governance dei processi clinici che preveda il monitoraggio degli esiti e delle performance organizzative per mezzo della misurazione dell'allineamento tra pratica codificata (PDTAS) e pratica clinica reale, attraverso la costruzione di indicatori specifici derivanti dai dati della cartella clinica informatizzata.
- Revisione del sistema di controllo di gestione con la costruzione di una serie di meccanismi a gate per il controllo della spesa in modo da impedire il consolidamento a consuntivo di spese non programmate. Si prevede anche lo sviluppo di una sistema di contabilità che, attraverso la revisione dei centri di costo, arrivi al dettaglio delle strutture organizzative, superando il concetto di setting di cura in favore di quello di struttura professionale di erogazione, anche attraverso lo sviluppo di costi standard.
- Processi di fruizione e prossimità digitale per mezzo dell'adesione estesa e l'integrazione con i progetti regionali di digitalizzazione quali l'App "Toscana Salute".

4.1.6 Governo liste di attesa

Con DGRT 604/2019 – PRGLA (Piano Regionale Governo Liste di Attesa) l'Azienda USL Toscana Centro individua l'abbattimento delle liste di attesa, sia per i percorsi ambulatoriali sia per i ricoveri ordinari, fra gli obiettivi strategici prioritari. Nel recepire la DGRT 604/2019, l'Azienda stabilisce un programma attuativo per il Governo delle Liste di Attesa (PAGLA ATC), finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari, che si realizzerà con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri, puntando alla massima efficienza delle risorse disponibili.

In particolare, gli obiettivi per il prossimo periodo sono da individuare nei seguenti ambiti:

- individuare le modalità organizzative al fine di garantire i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del PRGLA 2019-2021;
- incentivare la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale da parte dei propri professionisti;
- attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri;
- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
- definire un sistema delle responsabilità correlato alla messa in atto delle azioni previste dal presente programma aziendale

L'offerta complessiva ambulatoriale aziendale dovrà essere monitorata e modulata in relazione al fabbisogno. In tal senso risulta fondamentale la separazione nel sistema cup aziendale dei primi accessi dagli accessi successivi; in particolare per quanto riguarda l'attività clinica è fondamentale distinguere tra:

- prima visita : il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o che presenta un'evoluzione imprevista della malattia
- visita di controllo: un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio in un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Il momento di esecuzione della visita di controllo deve essere indicato nella prescrizione medica.

Obiettivo quindi sarà:

- una quota di offerta di prestazioni ambulatoriali per "esterni" tale da soddisfare in parte od in toto il fabbisogno stimato;
- una quota significativa di questa offerta deve essere necessariamente aperta a CUP su un orizzonte temporale almeno annuale per far fronte alla domanda di prestazioni correlate ai controlli/follow up/secondi accessi;
- una quota di offerta deve essere destinata ai primi accessi (incluso fast track), possibilmente con orizzonte annuale, in modo da garantire le risposte nei tempi di attesa previsti dal PRGLA 2019-2021, in particolare per le classi di priorità U, B e D.

La Direzione Sanitaria Aziendale, in collaborazione con la SOS Gestione Operativa e la SOD CUP, valutati i monitoraggi mensili dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di analisi del PRGLA 2019-2021, deve evidenziare ambiti di particolare complessità dove poter intervenire tempestivamente, attraverso dettagliate azioni e percorsi di tutela.

4.2 Performance

Il Piano della Performance si attua in un'ottica di processi programmatori del PIAO inserendosi nella corrente sottosezione e interagendo in un contesto organizzativo aziendale, nel rispetto dei

principi generali espressi dallo Statuto dell'Azienda USL Toscana Centro e dalla sua missione istituzionale, unitamente alla programmazione economica, attuando la visione strategica per il triennio 2023 – 2025. La pianificazione triennale delle performance guiderà l'Azienda USL Toscana Centro nel prossimo triennio e trae origine dagli obiettivi del Nuovo Sistema di Garanzia, dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale (PSSIR), tenuto conto degli obiettivi di performance assegnati dalla Regione Toscana tramite il Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Sant'Anna di Pisa.

Nella definizione degli obiettivi di performance si è tenuto in particolare conto:

- delle previsioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- del Decreto 23 maggio 2022, n. 77: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;
- della DGRT 1138 del 19/12/2022 «La programmazione dell’assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77»;
- della DGRT 1138 del 10/10/2022 “Indirizzi per la programmazione operativa annuale zonale (POA) per l’anno 2023 e tempistiche di approvazione”;
- della DGRT 843 del 02/08/2021 “Percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente”;
- della DGRT 760 del 30/07/2021 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 - componente 2 - misura 1.2 «Verso un ospedale sicuro e sostenibile»: individuazione del piano dei fabbisogni per interventi di edilizia sanitaria di adeguamento sismico”;
- della DGRT 1166 del 28-02-2022 PNRR – Missione 6 Salute, Componente 1 e Componente 2 - «interventi di edilizia sanitaria - esiti del lavoro di programmazione interventi - presentazione al Ministero della Salute;
- degli sviluppi organizzativi conseguenti a quanto riportato nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (PSSIR) »;
- del Programma Operativo Attuativo Annuale (POAA) della Azienda USL Toscana Centro (Delibera del Direttore Generale n.515/2017);
- dei dati relativi agli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia monitorati da apposita dashboard regionale;
- dei risultati del Programma nazionale esiti 2022 (su dati di attività 2021);
- della bozza di obiettivi MES 2023 presentata a dicembre 2021;
- della necessità rispettare i tempi per l’attuazione dei progetti previsti dal PNRR;
- della necessità di favorire l’ulteriore rafforzamento del sistema di governance professionale;
- della necessità di proseguire nelle azioni orientate al miglioramento della appropriatezza di utilizzo di farmaci e dispositivi medici;
- della necessità di completare e potenziare la transizione digitale, della necessità di rendere il paziente sempre più partecipe e protagonista dei processi di cura ed assistenza.

4.2.1 Pianificazione triennale

La pianificazione strategica presentata nel precedente Piano delle performance 2022-2024 è sostanzialmente riconfermata nelle sue linee generali: il processo di pianificazione si fonda su principi che si propongono di rendere l’integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie

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

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

In particolare l'azienda si impegna sulle seguenti linee:

- La prossimità fisica e digitale come valore di sistema rivolto alla centralità della persona. Le traiettorie internazionali sono tutte indirizzate a rafforzare i sistemi sanitari centrati sulle persone, responsabilizzare i cittadini, investire su professionisti e operatori, rafforzare il rapporto con le Comunità. La prospettiva è dunque la collaborazione tra istituzioni, professionisti sanitari e sociali con le persone assistite, le loro famiglie, i care giver, i cittadini e le loro associazioni per la presa in carico adeguata delle persone assistite e per aumentare la qualità delle prestazioni degli ospedali e dei servizi sanitari, a partire dalla conoscenza dei bisogni e delle capacità dei pazienti (comunicazione, responsabilizzazione dei professionisti e degli operatori, delle persone assistite, delle famiglie, delle comunità, condivisione dei progetti di salute e di cura), fino alla riorganizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e a un nuovo disegno di politiche sanitarie con il coinvolgimento dei professionisti e degli operatori sanitari e delle associazioni dei malati. Questa linea strategica è ampiamente in coerenza con la missione 6, componente 1 e la Missione 5 componente 2 del PNRR.
- La sanità digitale come volano di semplificazione, accessibilità e sostenibilità. La digitalizzazione dei processi è l'occasione per dar vita a un sistema sociosanitario più agile ed efficiente e soprattutto maggiormente focalizzato sulle esigenze del paziente. Il digitale gioca un ruolo chiave con quattro asset. In primo luogo la telemedicina, introdotta durante la crisi sanitaria, ha poi dimostrato potenzialità tali da richiedere la messa a regime in modo controllato. La telemedicina può essere di supporto nelle diverse fasi di gestione della salute (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) favorendo la circolazione delle informazioni tra i diversi operatori sanitari e team di cura e contribuire inoltre ad alimentare una base dati per la costruzione di una serie di indicatori di output e outcomes. Il secondo ambito riguarda la centralità e la valorizzazione della fruibilità dei dati. La presenza, la condivisione e la fruibilità del patrimonio informativo rappresentano

l'elemento oggettivo che consente l'adattamento equo ed etico del nostro modello organizzativo e che pone la sfida di lavorare sulla governance, vale a dire superare le frammentazioni esistenti e valorizzare il patrimonio di dati di cui i diversi soggetti, nazionali, regionali, locali, dispongono, grazie anche a Big Data Analytics, Intelligenza Artificiale e Machine Learning. Terzo pilastro è il Fascicolo Sanitario Elettronico, che richiede di potenziarne la diffusione e l'accessibilità, grazie all'integrazione di tutti i documenti e dati sanitari, all'interoperabilità tra i sistemi regionali e all'integrazione tra la sanità pubblica e privata. Ultimo asset ma non meno importate sono le competenze digitali degli operatori, requisito culturale essenziale a supporto della trasformazione digitale del sistema nel suo complesso. Questa linea è ampiamente in coerenza con la missione 6, componente 1 del PNRR.

- Equità e tempestività di accesso alle cure. Il sistema sanitario è reduce da oltre due anni di emergenza sanitaria COVID che ha inevitabilmente sovvertito le priorità e indotto profondi cambiamenti organizzativi. Prioritario è il pieno recupero dell'attività arretrata; la tempestività e le pari opportunità per l'accesso alle cure, oltre che essere garantite dovranno essere monitorate. Il campo di applicazione riguarda l'attività programmata chirurgica, le procedure diagnostiche e terapeutiche.
- L'appropriatezza delle cure come paradigma per la sostenibilità. Una medicina che è stata definita "parsimoniosa" non limita le cure efficaci ma, al contrario, restringe l'uso di interventi non necessari e potenzialmente pericolosi. Secondo la Rand Corporation una procedura è appropriata se il beneficio atteso (per esempio aumento dell'aspettativa di vita, sollievo dal dolore, riduzione dell'ansia, miglioramento della capacità funzionale) supera le eventuali conseguenze negative (mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla¹. Più della metà delle prestazioni radiologiche ambulatoriali eseguite nel nostro paese è inappropriato, e avrebbero potuto essere evitate senza alcuna conseguenza per i pazienti, ma anzi hanno costituito un inutile radio esposizione, così come l'utilizzo di tecnologie complesse in cardiologia. Il consumo pro capite di antibiotici in Italia è uno dei più alti tra i paesi OCSE, con un serio rischio per la salute della popolazione, considerando che causa l'incremento delle resistenze; l'appropriatezza di utilizzo degli antibiotici è una vera e propria priorità di sanità pubblica.
- La comunicazione e la relazione col paziente come parte integrante e irrinunciabile della cura. È necessario promuovere una nuova alleanza tra medico e paziente, liberata da un'informazione talvolta distorta e non sufficientemente libera dai conflitti di interesse dai possibili condizionamenti legati alla medicina difensiva.
- La misura degli esiti delle cure. Il Piano Nazionale Cronicità sollecita la revisione del paradigma di fondo relativo al concetto di "esito" concettualmente legato ad una visione della medicina caratterizzata da eventi piuttosto che da percorsi. Si propone oggi di considerare gli esiti come un "insieme di risultati intermedi" non solo finali, non solo clinici ma anche connessi alla disabilità e alla qualità di vita, dislocandoli lungo tutto l'iter dell'assistenza erogata e misurandoli attraverso indicatori multidimensionali meglio rivolti alla dimensione stato di salute piuttosto che di malattia. Tra gli esiti, sempre maggiore considerazione ricevono quelli direttamente riportati dai pazienti, sia che riguardino aspetti

tangibili delle cure sia che abbiano a che vedere con l'esperienza che ogni singolo paziente sperimenta. Ciò è realizzabile introducendo tecniche e strumenti efficienti per misurare il benessere auto-percepito dal paziente, la qualità della vita, l'impatto della condizione cronica sulla vita quotidiana.

- Semplificazione dei processi per crescere e liberare risorse. Semplificare significa tagliare passaggi procedurali, controlli, adempimenti inutili, eliminare ridondanze: vuol dire quindi eliminare tutto quello che è superfluo o addirittura dannoso per un buon funzionamento dell'Azienda Sanitaria. Il problema è che spesso non si può tagliare, perché certi passaggi o adempimenti non si possono eliminare senza provocare danni maggiori dei vantaggi dell'eventuale semplificazione; in questi casi semplificare significa allora reingegnerizzare, ovvero saper trovare modi diversi, più semplici, rapidi ed economici per ottenere lo stesso risultato. L'azienda USL intende perseguire la semplificazione delle procedure e dei processi attraverso la loro reingegnerizzazione, anche avvalendosi di strumenti tecnologici e innovativi.
- La dematerializzazione dei processi come elemento generativo di informazione. La trasformazione digitale dei processi aziendali è il punto di sintesi tra semplificazione, tracciabilità, trasparenza e valore informativo. L'azienda USL Toscana centro sostiene e promuove il passaggio dal cartaceo al digitale in ogni possibile procedura al fine di velocizzare la circolazione dei documenti, la loro archiviazione e l'estrazione, la valorizzazione di informazioni utili alla costruzione di indicatori di processo e di esito calcolabili in modo standardizzato ed automatizzato. Questa linea è ampiamente in coerenza con la missione 6, componente 1 del PNRR.
- La tutela e salvaguardia della salute pubblica. Le attività si declinano nella contingenza in azioni atte a contrastare la pandemia: organizzazione della campagna vaccinale anti-COVID e tutte le altre azioni collegate all'emergenza sanitaria (tamponi oro faringei, indagini epidemiologiche, gestione pratiche di contact-tracing e screening della popolazione). Oltre a ciò, è garantita l'attività ordinaria di vaccinazione e l'attività di vigilanza e controllo sulla Salute Pubblica. Viene garantita la sicurezza delle acque potabili, la salubrità ed il rispetto della normativa sulle strutture recettive, scuole, piscine, istituti penitenziari, rivendite di fitosanitari, ed estetisti tatuatori. Si presidia la sicurezza nei cantieri edili, nelle unità locali produttive, in aziende agricole; si effettuano valutazioni piani di lavoro amianto e istruttorie per infortuni e malattie professionali. Si assicura la qualità dei cibi con ispezioni in esercizi pubblici e allevamenti, campionamenti di alimenti, bevande o matrici direttamente su animali in allevamento. Si garantisce l'attività per la valutazione dell'idoneità medico sportiva.
- La sanità che promuove lo sviluppo sostenibile. L'OMS e le Nazioni Unite ritengono che la salute sia un investimento per il futuro ed hanno elencato nel 2019 tredici sfide di sostenibilità da portare avanti in questo decennio, nell'ambito della più ampia strategia Agenda 2030. Ciascun attore singolo, locale, nazione o globale che condivide la visione dell'OMS è tenuto ad impegnarsi in queste sfide. L'Azienda USL Toscana Centro intende, nell'ambito del suo mandato, impegnarsi per supportare il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030.

4.2.2 Performance organizzativa: obiettivi e indicatori

In considerazione delle tempistiche relative alla approvazione del Piano Integrato di Performance ed Organizzazione di cui il Piano Performance è parte integrante, nelle more della formale assegnazione da parte della Regione degli obiettivi di performance alle Aziende Sanitarie, si individuano i seguenti obiettivi per il 2023.

- Raggiungimento dei target previsti dagli “obiettivi CORE” nel Nuovo Sistema di Garanzia, per tutti i tre i livelli di assistenza: ospedaliera, distrettuale e prevenzione. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), introdotto con il DM 12 marzo 2019 è stato varato in forma di sperimentazione a partire dal 2020 con l’obiettivo di testare la metodologia di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza definita partendo innanzitutto dal calcolo di un sottoinsieme di 22 indicatori definiti “CORE” raggruppati in tre aree:
 - 6 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
 - 9 per l’assistenza distrettuale;
 - 7 per l’assistenza ospedaliera.
- Allineamento degli indicatori di esito ai target nazionali (PNE) e regionali (PROSE), con particolare attenzione agli indicatori che presentano maggiori criticità;
- Attuazione degli obiettivi MES con particolare riguardo alla riduzione della variabilità negli indicatori clinici, all’implementazione della sanità digitale, al rispetto dei tempi di attesa ed alla appropriatezza prescrittiva;
- Garantire il rispetto dei tempi di attesa previsti dal Piano Regionale di Governo delle liste di attesa, in particolar modo per gli interventi chirurgici;
- Garantire la massima partecipazione agli screening oncologici;
- Implementazione delle Azioni previste dal PNRR anche in riferimento alla attuazione della riforma della sanità territoriale secondo quanto previsto dal DM77 e della DGRT 1508 del 19/12/2022;
- Umanizzazione delle cure e dell’assistenza incentivando la partecipazione alle indagini sulla qualità percepita (paziente (PREMs - Patient Reported Experience Measures) e degli esiti (PROMs - Patient Reported Outcome Measures) e introducendo azioni correttive nelle aree carenti;
- Garantire assistenza e cure sicure ed efficaci promuovendo azioni di governo clinico-professionale volte a gestire il rischio clinico ed orientare i servizi al miglioramento della qualità;

Al fine di perseguire gli obiettivi sono stati individuati i seguenti indicatori. Si segnala tuttavia che tali indicatori saranno oggetto di negoziazione con i Centri di Responsabilità di pertinenza e che quindi potranno essere adattati alle singole specificità.

Tabella 4

| Codice | Indicatore | Target |
|--------|---|--|
| GC02 | Partecipazione al Riesame della Direzione di livello Meso come previsto dalla Delibera aziendale n. 1400/2020, oppure alle riunioni convocate dalla struttura SOS qualità e sicurezza delle cure ai fini dell'accreditamento. | Presenza di verbale, con il foglio di firma dei partecipanti |
| GC06 | Invio annuale al nucleo Qualità e Sicurezza delle cure degli eventi formativi inerenti qualità e sicurezza cure stratificato per profi- | Report |

| | | |
|-------------|---|--|
| | li professionali | |
| GC07 | Completamento della verifica dei requisiti autorizzativi per i progetti aziendali sull'incremento dei posti letto di area critica legati al DL 34/2020 | Report |
| GC08 | Pianificazione delle azioni previste dal DM77, con esame dei progetti prodotti dall'Area Tecnica | Documentazione |
| GC09 | Progettazione congiunta con SOC Gestione procedure autorizzative strutture sanitarie aziendali sul DM77 e produzione di reportistica | Documentazione |
| GC10 | Ridefinire la gerarchia dei documenti con ruoli e responsabilità nella produzione delle diverse tipologie di documentazione aziendale e modalità diffusione in collaborazione con SOC Monitoraggio, qualità e accreditamento del Dip. Ass. Inferm. e Ost.; SOS Qualità e Sicurezza delle cure dell'area Governo clinico e del Dip. Profess. Tecnico Sanitarie | Documento |
| GC13 | Per ogni procedura approvata applicare metodologia standard per valutare qualità metodologica con specifica checklist | % procedure approvate nell'anno conforme alla check list |
| GC15 | Realizzazione delle azioni di miglioramento concordate negli audit per eventi significativi. | Documento |
| GC16 | Organizzazione di rilevazioni osservazionali presso i blocchi operatori della strutture afferenti all'ASL toscana centro | Realizzazione di almeno 5 rilevazioni osservazionali e documento di attestazione collaborazione di DSPO, SOC Monit., qualità e accr. del Dip. Ass. Inferm. e Ost.; SOS Qualità e Sicurezza delle cure dell'area Governo clinico e del Dip. Profess. Tecnico Sanitarie |
| GC18 | Organizzazione di rilevazioni osservazionali per verifica bracciale identificativo | Realizzazione di almeno 50 rilevazioni osservazionali e documento di attestazione collaborazione di DSPO, SOC Monit., qualità e accr. del Dip. Ass. Inferm. e Ost.; SOS Qualità e Sicurezza delle cure dell'area Governo clinico e del Dip. Profess. Tecnico Sanitarie |
| GC20 | Monitoraggio a campione da Argos della qualità della compilazione della scheda terapeutica unica eventualmente in collaborazione con SOC Analisi attività sanitarie. | Almeno 50 schede |
| GC22 | Organizzazione di rilevazioni osservazionali su prevenzione cadute (scala di Conley e sua rivalutazione) | Realizzazione di almeno 50 rilevazioni osservazionali e produzione di documento di attestazione collaborazione di SOS Rischio Clinico |
| GC24 | Revisione PDTA Sepsis in collaborazione con DSPO, SOS Rischio clinico, Dip MMG, Malattie Infettive, Anestesia, SOC Monit. qualità e accr. del Dip. Ass. Inferm. e Ostetrica; | Delibera del PDTA revisionato e documento di attestazione collaborazione delle parti coinvolte |
| GC26 | Documentare stato di avanzamento del piano di miglioramento rischio infettivo trasmesso in Regione a fine 2021 | Documento |

| | | |
|------------------|---|---|
| GC28 | Invio alla SOS Infezioni correlate all'assistenza di un report semestrale su infezioni | Report semestrale concordato con SOS Infezioni correlate all'assistenza |
| GC29 | Analisi consumo antibiotici per singole strutture organizzative di linea. Trasmissione report a SOS Infezioni correlate all'assistenza, prodotto secondo le specifiche richieste | Report semestrale del consumo di antibiotici e documento di identificazione di azioni di intervento |
| GC32 | Analizzare i dati e produrre report su infezioni ospedaliere per SOS Infezioni correlate all'assistenza | Report |
| GC34 | Invio, annuale, del report stratificato per dip aree e strutture e ambiti territoriali e presidi sui reclami ai Direttori di Dipartimento, e per conoscenza allo staff della Direzione sanitaria aziendale e al nucleo Qualità e Sicurezza delle cure, | Report |
| GC36 | Produzione di una procedura per la decontaminazione degli strumenti operatori nel territorio con checklist | Procedura e checklist |
| GC36b | Produzione di una procedura aziendale per la gestione dei rifiuti | Procedura |
| GC37 | Monitoraggio dell'applicazione della procedura per la decontaminazione degli strumenti operatori contestualizzandola rispetto alla propria realtà | Documento / report sulla compilazione della checklist di controllo |
| GC38 | % di cadute (N cadute/N ricoveri) per presidio ospedaliero | Raccolta del dato e successiva trasmissione in forma aggregata allo staff DS |
| NSG-P01C | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) | >95% |
| NSG-P02C | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) | >95% |
| NSG-P10Z | Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino | Miglioramento rispetto all'anno precedente |
| NSG-P12Z | Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale | Miglioramento rispetto all'anno precedente |
| NSG-P14C | Indicatore composito sugli stili di vita del Nuovo Sistema di Garanzia | Miglioramento rispetto all'anno precedente |
| NSG-P15Ca | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella | >50% |
| NSG-P15Cb | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina | >60% |
| NSG-P15Cc | Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto | >50% |
| NSG-D03Ca | Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete | Miglior performance aziendale |
| NSG-D03Cb | Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) | Miglior performance aziendale |
| NSG-D03Cc | Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per scompenso cardiaco | Miglior performance aziendale |
| NSG-D04C | Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età | Miglior performance aziendale |

| | | |
|--------------------|--|--|
| | pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite | |
| NSG-D09Z | Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso | Miglior performance aziendale |
| NSG-D10Z | Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità B | >90% |
| NSG-D11Z | Percentuale di prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica – Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologica) erogate nei tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità D | >90% |
| NSG-D14C | Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici | Miglioramento rispetto all'anno precedente |
| NSG-D22Z | Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3) | Miglioramento rispetto all'anno precedente |
| NSG-D27C | Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche | Miglioramento rispetto all'anno precedente |
| NSG-D30Z | Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore | >35% |
| NSG-D33Z | Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti | Miglioramento rispetto all'anno precedente |
| NSG-H02Z | Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui | Miglioramento rispetto all'anno precedente |
| NSG-H04Z | Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario | Miglioramento rispetto all'anno precedente |
| NSG-H5Z | Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni | >70% |
| NSG-H13C | Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario | >60% |
| NSG-H17-18C | % di Parti cesarei primari | In strutture con meno di 1.000 parti all'anno <15%; in strutture con più di 1.000 parti all'anno <20%. |
| PRS6 | Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), rischio di morte a 30 giorni dall'evento per 100 | Miglior performance aziendale |
| PRS7 | Intervento per tumore del colon, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento per 100 | Miglior performance aziendale |
| PRS9 | Intervento per tumore del retto, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento per 100 | Miglior performance aziendale |
| PRS10 | Intervento per tumore allo stomaco, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento per 100 | Miglior performance aziendale |
| PRS11 | Frattura del collo del femore, rischio di morte entro 30 giorni dall'evento | Miglior performance aziendale |
| PRS12 | Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni dall'evento per 100 | Miglior performance aziendale |
| PRS13 | Infarto miocardico acuto (IMA) STEMI, rischio di morte a 30 giorni dall'evento per 100 | Miglior performance aziendale |
| PRS14 | STEMI: proporzione PTCA 90 min. per 100 | Miglior performance aziendale |

| | | |
|-----------------|---|---|
| PRS15 | Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella. | Miglior performance aziendale |
| HTA22-01 | Volumi interventi tumore mammella | Incremento del 25% dal momento della disponibilità del nuovo radiografo operatorio |
| SD1 | Percentuali visite follow up effettuate in telemedicina | Miglior performance aziendale |
| SD2 | Percentuale dematerializzata ed e-prescription | Miglior performance aziendale |
| SD3 | Percentuale alimentazione del flusso referti FSE | Miglioramento rispetto all'anno precedente |
| SD6 | CUP 2.0 | Migrazione alla piattaforma CUP2.0 e Pubblicazione integrale dell'offerta aziendale |
| SD7 | Aster cloud (gruppi di lavoro) | Rispetto delle indicazioni fornite dal settore competente |
| SD8 | Monitoraggio completezza e qualità dei dati | Rispetto delle indicazioni fornite dal settore competente |
| SD9 | Piano adeguamento tecnologico FSE2.0 - PNRR | Rispetto cronoprogramma |
| SD10 | Digitalizzazione DEA Ie II livello - PNRR | Rispetto cronoprogramma |
| SD11 | Centrali Operative Territoriali (COT) - PNRR | Rispetto cronoprogramma |
| SD12 | Nuovi FLUSSI nazionali: Consultori di Famiglia, gli Ospedali di Comunità, i Servizi di Riabilitazione Territoriale ed i Servizi di Cure Primarie - PNRR | Rispetto cronoprogramma |
| B5.1 | Estensione ed adesione Screening mammografico | Miglioramento rispetto all'anno precedente |
| B5.2.5 | Estensione ed adesione Screening cervice | Miglioramento rispetto all'anno precedente |
| B5.3 | Estensione ed adesione Screening colorettales | Miglioramento rispetto all'anno precedente |

4.2.3 Performance individuale

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

Si prevede l'assegnazione degli obiettivi individuali a tutti i dirigenti attraverso la loro attribuzione da parte dei Direttori di struttura. Tale modalità di delega per l'assegnazione degli obiettivi sarà inserita nella serie degli obiettivi di Budget 2023 e potrà prevedere elementi di integrazione con la valutazione individuale.

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

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

4.3 Rischi corruttivi e trasparenza

4.3.1 Introduzione

La presente sezione del Piano è stata predisposta per fornire uno strumento semplice, sintetico e utile per tutti i soggetti coinvolti nell'attuazione del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza aziendale.

In essa, in coerenza con le indicazioni contenute nel PNA e nelle Delibere ANAC¹, si delinea la strategia triennale di prevenzione della corruzione ed il grado di esposizione al rischio dell'Azienda, sulla base delle proprie specificità e del tessuto sociale ed organizzativo nel quale si trova ad operare, indicando gli interventi organizzativi (misure) che contribuiscono a rendere imparziali e trasparenti le decisioni.

Lo scopo finale è quello di creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole e del principio della legalità condivisa, evitando di generare oneri organizzativi inutili o ingiustificati e privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità.

La violazione delle misure di prevenzione previste nella presente sezione è fonte di responsabilità disciplinare.

La definizione di corruzione

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

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

La definizione di trasparenza

Il D.Lgs. 33/2013 definisce la trasparenza come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la

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

partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

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

Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza

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

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

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

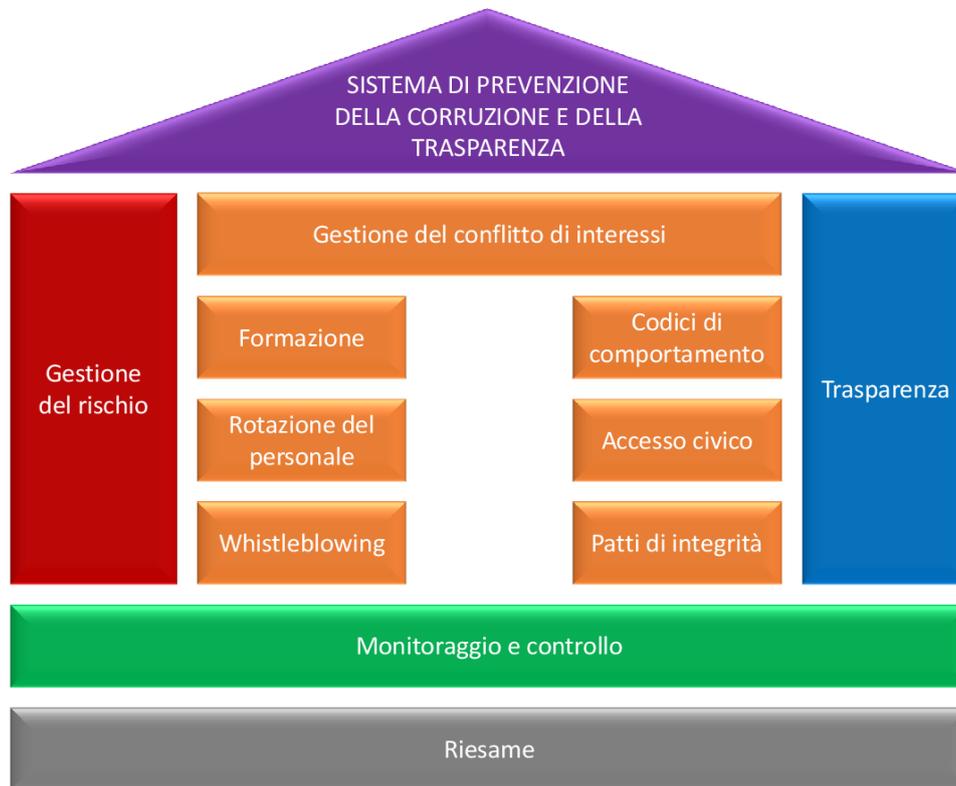
Le misure del sistema di prevenzione si possono classificare in:

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

Nello schema in figura 2 sono rappresentate le due misure principali che costituiscono i pilastri su cui si basa il sistema di prevenzione: gestione del rischio e trasparenza.

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

Fig. 2 – Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza



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

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

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

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

I soggetti coinvolti

L’attuazione e il controllo delle misure di prevenzione non riguarda solo il RPCT, ma coinvolge a vario titolo tutti i soggetti aziendali in base alle proprie responsabilità e ai compiti effettivamente svolti.

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

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

Direzione aziendale

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

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

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

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

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

Il RPCT è il soggetto che predispone e propone all'organo di indirizzo i contenuti della presente sezione del PIAO e a cui viene affidato il compito di gestire, coordinare e vigilare sul funzionamento dell'intero sistema di prevenzione. Per un elenco completo delle funzioni e delle responsabilità connesse a questa figura si rimanda al PNA 2022.

Il RPCT è stato nominato con delibera n.805 del 15/07/2022.

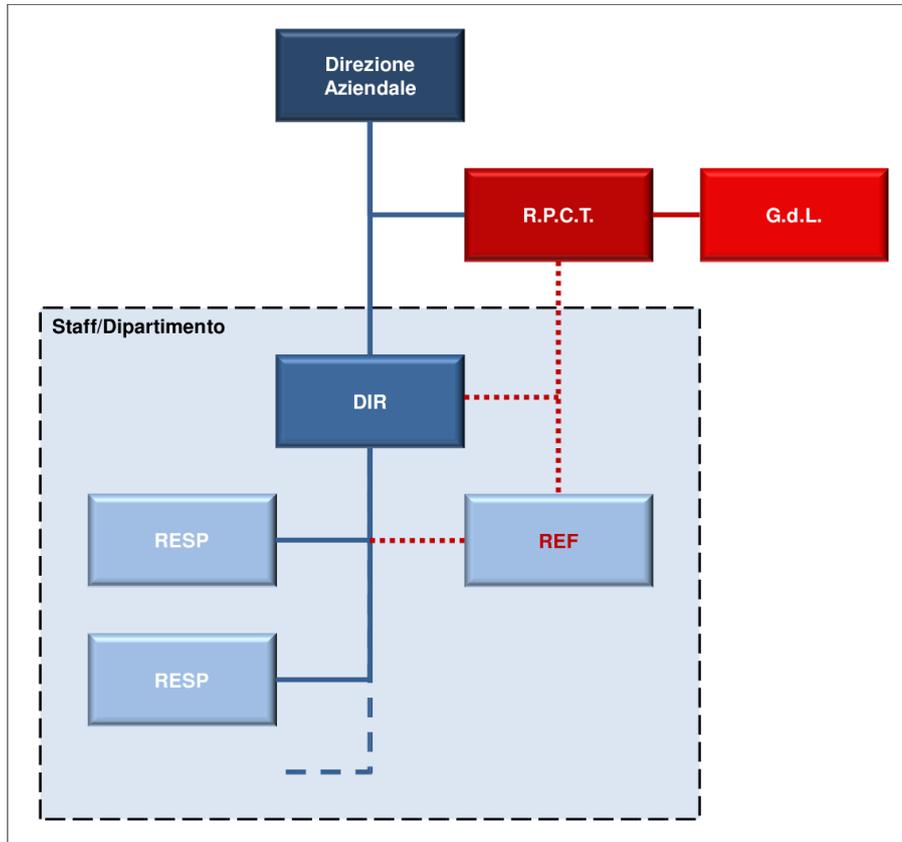
Dirigenti di struttura, DIR e RESP

Tutti i dirigenti nell'ambito delle rispettive competenze:

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

Per garantire la corretta attuazione di tutte le misure di prevenzione, è stato adottato il modello organizzativo rappresentato in figura 3.

Fig. 3 – Schema dei soggetti interni coinvolti



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

Alla categoria dei DIR appartengono, invece, tutti i Direttori di Staff o Dipartimento. Nel caso in cui la struttura di un RESP non sia inserita in un Dipartimento o in uno Staff, questi ricopre anche il ruolo di DIR.

I DIR e i RESP svolgono un'attività di coordinamento fondamentale per la gestione di un sistema di prevenzione tanto esteso e complesso, svolgendo il ruolo di interfaccia finale con il RPCT.

Gruppo di lavoro (GDL)

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

Referenti anticorruzione e trasparenza (REF)

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

Sono nominati su suggerimento dei DIR con delibera e hanno i seguenti compiti:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT affinché questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio della presente sezione del PIAO;

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

Dipendenti

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

Stakeholder

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

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

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

Servizio Ispettivo Aziendale (SIATC)

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

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

Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (CRRA)

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

Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

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

Obiettivi strategici

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

- Promuovere maggiori livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder interni ed esterni;
- Migliorare l'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati, documenti e informazioni nella sezione "Amministrazione trasparente";
- Incrementare l'efficienza della mappatura dei processi aziendali e la valutazione dei rischi presenti con particolare riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- Migliorare la conoscenza e l'utilizzo dello strumento del Whistleblowing;
- Innalzare il livello qualitativo della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;
- Migliorare la prevenzione e la gestione dei conflitti di interessi prevedendo l'aggiornamento del relativo regolamento aziendale;
- Incentivare l'applicazione della misura della rotazione ordinaria mediante l'adozione di un apposito regolamento aziendale;
- Promuovere strumenti di condivisione di esperienze e buone pratiche anche nell'ambito del Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (CRRA).

Il collegamento tra il sistema di prevenzione e il PNRR

L'adozione del presente PIAO avviene in un momento storico particolare caratterizzato da forti cambiamenti dovuti alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi. L'ingente flusso di denaro a disposizione e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità, richiedono il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione, soprattutto nel settore dei contratti pubblici, per evitare che i risultati attesi siano vanificati da eventi corruttivi.

Come già evidenziato nella nota del RPCT prot. I-86228 del 02/12/2022, L'Azienda USL Toscana Centro, in quanto ente del Servizio Sanitario Regionale, è coinvolta nei progetti PNRR previsti nella

“Missione 6 – Salute”. In qualità di Soggetto Attuatore Esterno² provvede allo svolgimento delle attività di verifica controllo e monitoraggio delle varie fasi dei singoli interventi³.

L’efficace e tempestiva attuazione del PNRR richiede che siano attivati, da parte dell’Azienda, adeguati sistemi di gestione e controllo in grado di assicurare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e il soddisfacente raggiungimento degli obiettivi, entro le scadenze fissate nella decisione di approvazione dello stesso Piano da parte dell’U.E.

Nello specifico, ai sensi dell’art. 22 del Reg. (UE) 2021/241 che istituisce il “Dispositivo per la ripresa e la resilienza” (RRF), devono essere adottate opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell’Unione e per garantire che l’utilizzo dei fondi sia conforme al diritto dell’Unione e nazionale applicabile, con particolare attenzione alla prevenzione, individuazione e rettifica delle frodi, della corruzione, dei conflitti di interessi nonché del “doppio finanziamento”⁴.

Al fine di dare attuazione al PNRR-Salute, il Ministero della Salute, in qualità di Soggetto Titolare, ha costituito il “Sistema di Gestione e Controllo” (Si.Ge.Co.). Il sistema Si.Ge.Co. definisce i ruoli e le funzioni svolte dai principali attori della fase attuativa degli interventi PNRR, le procedure riguardanti la fase di selezione, monitoraggio e presidio degli interventi, le tipologie di circuito finanziario, nonché le caratteristiche del sistema informativo. Attraverso il sistema Si.Ge.Co. i diversi soggetti responsabili aziendali dei processi di attuazione del PNRR dovranno registrare e attestare (dandone evidenza documentale) gli esiti dei controlli effettuati anche in riferimento alle misure per la prevenzione, individuazione e rettifica delle frodi, della corruzione, dei conflitti di interessi nonché del “doppio finanziamento”.

Per quanto sopra riportato, come suggerito da ANAC, è opportuno che la Direzione Aziendale, il RPCT ed i direttori delle strutture aziendali coinvolti a vario titolo nei progetti, cooperino per garantire un efficace sistema di controllo per la prevenzione, l’individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi.

Tutti i DIR e i RESP che gestiscono processi rilevanti per l’attuazione degli obiettivi del PNRR e per la gestione dei fondi strutturali devono:

1. procedere all’aggiornamento/analisi dei suddetti processi in conformità a quanto previsto dalla presente sezione del PIAO, implementando le misure previste: dal PNA 2022-2024; dalla Circolare MEF n. 30 del 11/08/2022 e dal relativo Allegato “Linee guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei soggetti attuatori”; dalla Direttiva operativa MDS-UMPNRR-08-15/06/2022; da eventuali successive indicazioni provenienti dagli Enti competenti;
2. verificare la puntuale pubblicazione di tutti i dati, documenti e informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente con particolare attenzione a quelli relativi ai processi che concorrono all’attuazione degli obiettivi del PNRR e alla gestione dei fondi strutturali;

2 DGRT n. 597 del 23/05/2022 “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e Piano Nazionale Complementare (PNC) - Missione 6 - Approvazione del Piano finanziario 2022-2026 delle risorse assegnate alla Regione Toscana e presa d’atto dello Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) e del Piano Operativo Regionale (POR)”

3 “Quadro Sinottico delle Attività di verifica e controllo del Soggetto Attuatore” – Circolare MEF n. 30 del 11/08/2022 – Allegato “Linee guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei soggetti attuatori” , pg. 26

4 Circolare MEF n. 30 del 11/08/2022 e Allegato “Linee guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei soggetti attuatori”

3. acquisire le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà e di certificazione di assenza di conflitto di interesse, ai sensi del DPR n. 445/2000, sottoscritte dai soggetti interni o esterni all'Azienda che svolgono incarichi specifici nell'ambito di tutti i processi che concorrono all'attuazione degli obiettivi del PNRR (p.e. Responsabile unico del procedimento, membri delle Commissioni di gara, presidente di gara, RES, DEC, Collaudatori, Coordinatori e ogni altro soggetto richiamato dal PNA 2022-2024) ed a carico dei partecipanti ai bandi di gara, in linea con la normativa vigente del codice dei contratti pubblici.

4.3.2 Analisi del contesto esterno ed interno

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

Per la definizione delle caratteristiche del contesto interno (p.e. organizzazione, personale, mission aziendale, territorio di competenza, etc.), si rimanda alle altre sezioni del presente PIAO. Per la mappatura è l'analisi dei processi, si rimanda all'apposita sezione che riguarda la gestione del rischio.

Di seguito si riporta una sintesi dei risultati dell'analisi del contesto esterno nella quale si evidenzia come le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale l'Azienda si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio ed il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione.

Per la raccolta dei dati, si è fatto principalmente riferimento al "Quinto rapporto sui fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata in Toscana anno 2020", elaborato dalla Regione Toscana in collaborazione con la Scuola Normale di Pisa, che rappresenta per tutti gli attori istituzionali, gli agenti economici e gli attori della società civile che operano in Toscana, un punto di riferimento per approfondire la conoscenza sulla natura, le caratteristiche e le dinamiche nascoste dei fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata. Il suddetto rapporto è stato integrato con i dati derivanti dalla sintesi del "Sesto rapporto sui fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata in Toscana anno 2021" non essendo ancora disponibile il documento integrale.

I rapporti esaminano in maniera approfondita l'evoluzione dei fenomeni corruttivi e criminali, le loro dinamiche di riproduzione e sviluppo, anche alla luce della crisi sanitaria causata dalla pandemia e offrono un monitoraggio aggiornato rispetto al funzionamento delle principali politiche pubbliche adottate per prevenirne ed ostacolarne gli effetti.

La prima sezione dei rapporti si focalizza sui fenomeni di criminalità organizzata, approfondendo lo studio dei principali processi di espansione e riproduzione nella regione. Dall'analisi emerge l'esistenza di una specifica "variante" toscana di riproduzione criminale delle mafie nazionali e transnazionali, con una forte vocazione imprenditoriale, che trova realizzazione nel tessuto economico locale, attraverso investimenti di capitali illeciti sia per fini di mero riciclaggio sia con l'obiettivo di fare impresa. Nel corso del 2021 sono emersi nuovi elementi che evidenziano un elevato rischio rispetto a forme di radicamento organizzativo tradizionale delle mafie nazionali nel contesto regionale, sebbene al momento le tracce di una presenza organizzativa stabile siano state sporadiche.

Dall'events analysis dei principali episodi di proiezione criminale riferibili alla criminalità organizzata avvenuti in Toscana nel corso del 2021, emerge una matrice sempre più policriminale

delle attività economiche promosse. Il territorio regionale viene utilizzato dai gruppi criminali, principalmente di origine 'ndranghetista, come mercato sia di transito che di radicamento economico con l'avvio di imprese che hanno sede legale nella regione ed operano nel suo tessuto per fini non di mero riciclaggio.

Si conferma un maggiore interesse delle organizzazioni criminali verso gli investimenti nel settore privato (immobiliare, alberghiero, ristorazione, costruzioni), in misura anche maggiore rispetto al mercato dei contratti pubblici. Inoltre, è in ulteriore aumento la vulnerabilità del settore privato a causa dell'incremento di domanda di capitali e di compravendite di attività economiche in difficoltà finanziarie dovute anche all'emergenza sanitaria.

Dalle statistiche giudiziarie del distretto toscano relative ai delitti contro la pubblica amministrazione, nel corso del 2021, emerge una seppur limitata diminuzione delle iscrizioni di procedimenti per questi delitti rispetto all'anno precedente: da 3777 nel 2020 a 3659 nel 2021 (-3%). La Toscana si trova all'11° posto su scala nazionale per reati contro la P.A./100mila abitanti (8,67) con un valore al di sotto della media nazionale (10,03).

Dall'analisi di più di 470 eventi di potenziale e presunta corruzione emersi su scala nazionale come codificati dal progetto CECO, rispetto ai fenomeni corruttivi in Toscana, emerge un aumento di questi ultimi pari al 143% rispetto al 2020. In particolare, gli episodi di corruzione generica sono quintuplicati passando dai 5 del 2020 ai 26 del 2021.

Si rileva anche un significativo aumento di episodi nell'attività contrattuale pubblica in relazione alla quale si registrano, nel corso del 2021, 19 episodi di potenziale corruzione (48% del totale dei casi), raddoppiati rispetto ai 9 dell'anno precedente e con incidenza maggiore nel settore degli appalti per opere pubbliche.

L'analisi relativa all'anno 2021 conferma che le pratiche di corruzione, analogamente agli altri fenomeni criminali, mostrano una capacità adattiva rispetto alle mutate condizioni di contesto. Particolarmente nel settore sanitario, l'adozione estensiva di politiche di privatizzazione, liberalizzazione e deregolamentazione, hanno ridotto il coinvolgimento del settore pubblico a vantaggio di forme giuridiche privatistiche, della moltiplicazione di partnership in società miste, della concessione a soggetti privati di attività e funzioni pubbliche, anche tramite strumenti come project financing e general contractor. Questa condizione sembra aver indebolito il controllo e la trasparenza dei processi decisionali che, dato l'alto tasso di arbitrarietà, sono diventati più vulnerabili a scambi occulti sempre più difficilmente rilevabili e perseguibili tramite l'utilizzo dei classici strumenti di controllo e repressione. In queste "nuove" procedure privatizzate, può addirittura verificarsi che i soggetti che dovrebbero esercitare controlli su regolarità ed economicità degli interventi siano scelti, nominati e stipendiati dalle stesse imprese che dovrebbero essere soggette al loro scrutinio.

I dati pongono l'accento sull'esistenza di due forme di corruzione sistemica, c.d. "pulviscolare" e c.d. "reticolare", entrambe fondate su meccanismi tendenzialmente spontanei di regolazione, che generano tra i partecipanti una struttura di credenze favorevoli e di legami fiduciari che li incoraggia ad avviare o accettare la transazione, condurla in porto, accettarne i termini, sanzionare gli inadempimenti. Nella corruzione sistemica c.d. "pulviscolare", queste condizioni si manifestano in occasione di incontri tendenzialmente fortuiti tra soggetti disponibili a intercettare e mettere a profitto l'uno la disponibilità dell'altro. Nella corruzione sistemica c.d. "reticolare" prevale, invece, una forma di pressione sociale verso l'adesione e l'adempimento ai patti di corruzione, indotti dal

rispetto di quei modelli di condotta che da un lato fissano modalità e criteri di partecipazione e dall'altro prevedono una sorta di "sanzione decentrata" in termini di costo reputazionale, perdita di opportunità e ostracismo nei confronti dei soggetti inadempienti. Entrambe le tipologie di corruzione hanno radici profonde e difficili da intaccare con i normali strumenti di repressione.

Un aspetto molto interessante della questione è che questo tipo di scambi si basa su regole non scritte, prassi e modelli ricorrenti di comportamento che richiedono un altro grado di fiducia reciproca tra i soggetti che vi partecipano e che spesso vengono messi in crisi da fattori endogeni (frodi, truffe, inadempimento della controparte, etc.) ed esogeni al perimetro di scambio occulto (denunce, esposizione pubblica, coinvolgimento in inchieste, etc.). Pertanto, come hanno dimostrato alcuni casi giudiziari, si sono sviluppate vere e proprie figure di "garanzia" (dirigenti, funzionari pubblici, imprenditori, mediatori, faccendieri, professionisti, gruppi criminali, etc.) aventi una funzione regolatrice simile a quella svolta dai partiti politici al tempo dell'inchiesta "Mani Pulite".

In questo scenario, la pandemia da virus Covid-19 ha peggiorato la situazione, soprattutto nel sistema sanitario, investendo prima i centri di assistenza e poi l'intero apparato amministrativo. Inoltre, essendo uno degli ambiti nei quali la pubblica amministrazione investe maggiori risorse, il settore risulta vulnerabile sia al condizionamento improprio di interessi privati a caccia di profitti illeciti che all'infiltrazione delle mafie.

Le evidenze raccolte confermano la necessità di porre ancora più attenzione all'affluire delle risorse provenienti dal PNRR, in relazione alle quali si andranno a ripresentare le medesime "condizioni di emergenza istituzionalizzata" dell'ultimo biennio.

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

- l'uso di strumenti come la trasparenza integrale di ogni spesa e attività pubblica;
- l'incremento del processo di digitalizzazione senza rinunciare a competizione e controllo;
- la valorizzazione e l'estensione di buone pratiche come la vigilanza collaborativa con ANAC, i patti di integrità 2.0, i codici di condotta specifici per operatori del settore;
- Il rafforzamento e l'estensione degli strumenti di prevenzione diffusa e controllo sociale degli abusi di potere;
- il rafforzamento dei controlli successivi sulla qualità finale di lavori, servizi e prestazioni;
- l'iniezione su basi meritocratiche di competenze tecniche che facciano da contrappeso alla cultura giuridico-formalistica dominante;
- la formazione etica del personale pubblico;
- l'introduzione e valorizzazione di strumenti di alert e red-flags che evidenziano potenziali anomalie;
- l'istituzione di canali di segnalazione riservata ("whistleblowing");
- l'incremento dell'aggregazione dei centri di spesa e la valorizzazione delle competenze tecniche dei funzionari addetti.

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

In quest'ambito, inoltre, si manifestano frequentemente condizioni di monopolio od oligopolio dei fornitori privati, dovuto ai brevetti relativi a prodotti farmaceutici e apparati medicali, ad esempio, cui consegue un'elevata discrezionalità nelle decisioni di spesa da parte dei manager/funzionari pubblici. Le condizioni di urgenza, imponendo l'adozione di procedure straordinarie, hanno conseguentemente accresciuto la possibilità di scelte non trasparenti svincolate da un'efficace supervisione nelle modalità di utilizzo. Tutto ciò deriva dalle severe "asimmetrie di informazioni" tra i diversi soggetti coinvolti, nonché dalle frequenti possibili situazioni di "conflitto di interessi" tra i ruoli pubblici e gli interessi privati rilevabili in alcune categorie di operatori sanitari.

Per un maggiore approfondimento sui fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata in toscana, anche in altri settori, si rimanda ai rapporti elaborati dalla Regione Toscana e reperibili ai seguenti indirizzi:

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

<https://www.regione.toscana.it/-/presentazione-vi-rapporto-sui-fenomeni-di-criminalit%C3%A0-organizzata-e-corruzione-in-toscana#:~:text=La%20Regione%20Toscana%20e%20la,Salvatore%20Sberna>

4.3.3 La gestione del rischio

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

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

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

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

Definizione di processo

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

Fig. 4 - Schema di un processo



Le aree di rischio

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

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

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

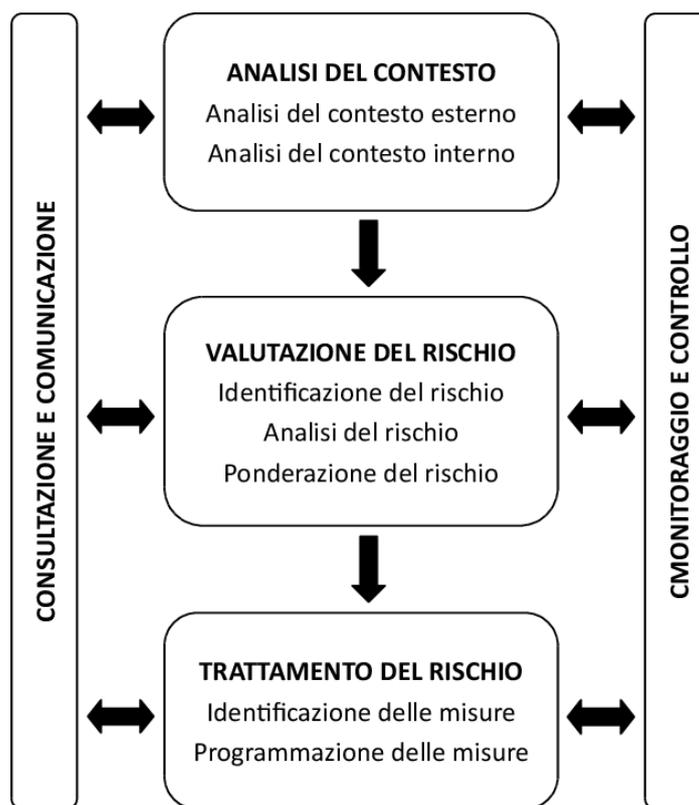
- Attività sanitarie non riconducibili ad altre aree di rischio;
- Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio.

Il processo di gestione del rischio

La gestione del rischio si sviluppa nelle fasi riportate in figura 5: analisi del contesto, valutazione del rischio e trattamento del rischio, cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali di consultazione e comunicazione, monitoraggio e controllo. Queste, sono poste in atto in maniera sequenziale e “ciclica” in modo da favorirne il miglioramento continuo utilizzando l’esperienza accumulata e adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

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

Fig. 5 - Il processo di gestione del rischio



Analisi del contesto

Nella sezione dedicata all’analisi del contesto sono riportati i riferimenti e le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione alle caratteristiche dell’ambiente in cui opera l’Azienda (contesto esterno) e all’organizzazione (contesto interno).

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

La valutazione del rischio

La valutazione del rischio ha lo scopo di identificare, analizzare e ponderare i rischi di corruzione presenti nei processi che possono minare il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa, al fine di individuare le priorità di intervento e le misure specifiche di prevenzione. E' fondamentale identificare tutti gli eventi rischiosi che, anche ipoteticamente, potrebbero verificarsi all'interno di ciascuna attività del processo perché, se un evento rischioso non viene correttamente identificato, non potrà essere adeguatamente trattato. L'analisi dei rischi permette, inoltre, di individuare i fattori abilitanti che favoriscono il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione. A ciascun rischio, infine, è associato un livello di esposizione per individuare quelli sui cui è necessario intervenire in maniera prioritaria con adeguate misure di prevenzione.

Il trattamento del rischio

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

Procedura per la gestione del rischio corruzione

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

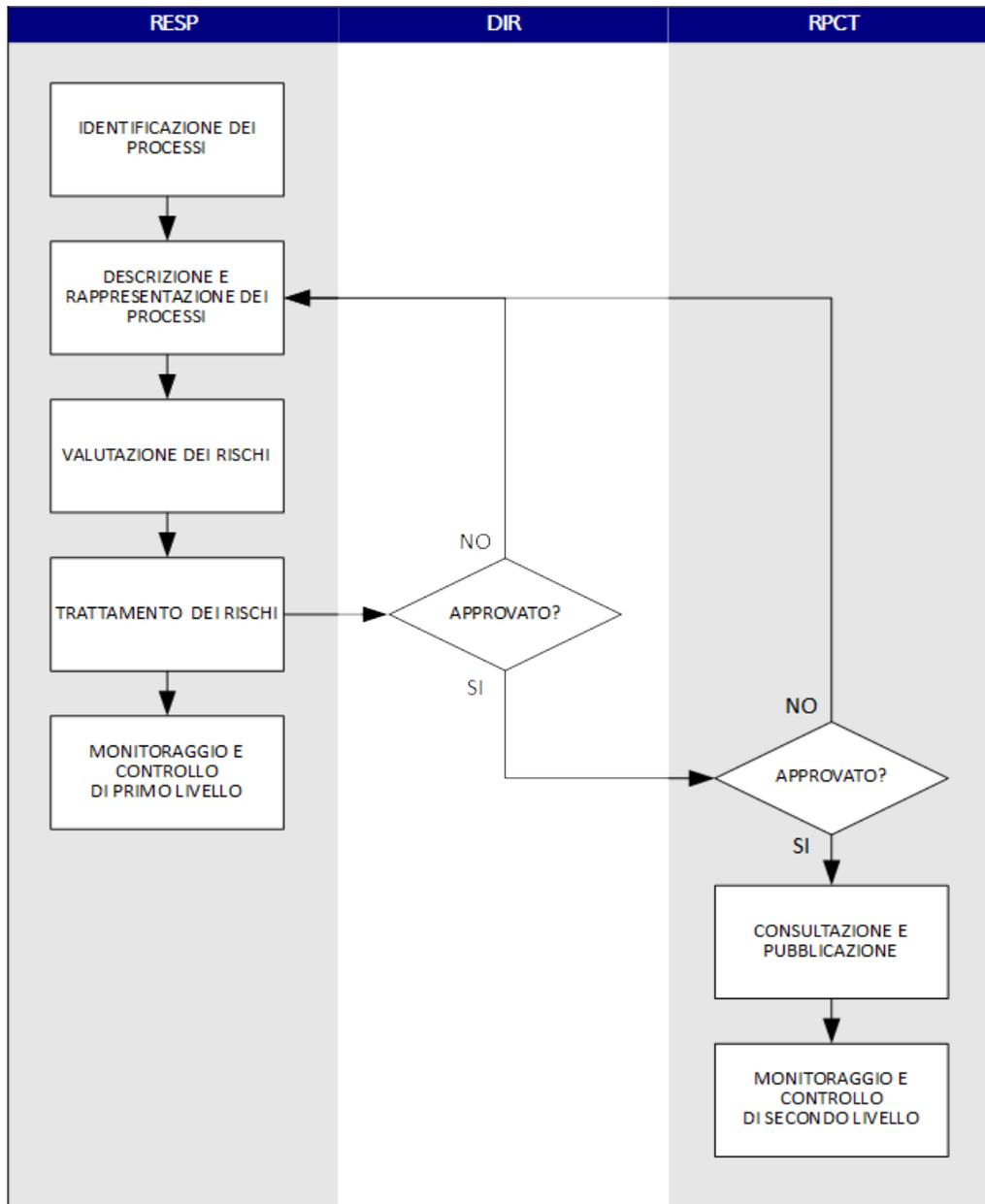
L'elevato numero di processi che in essa si svolgono e la loro articolazione rende particolarmente difficoltosa l'implementazione del processo di gestione del rischio, così come delineato nei paragrafi precedenti.

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

Per rispondere a questa esigenza è stata predisposta la Procedura per la gestione del rischio corruzione PA.DA.03, allegata al presente piano (Allegato 3), il cui diagramma di flusso è riportato in figura 6. Nella procedura sono definite nel dettaglio le modalità di conduzione del processo di gestione del rischio, le relative responsabilità e i meccanismi di coordinamento del RPCT con tutti i soggetti aziendali coinvolti.

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

Fig. 6 - Diagramma di flusso della procedura per la gestione del rischio corruttivo



Il catalogo dei processi e il registro dei rischi

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

Stato dell'arte e indicazioni operative

Nel corso del 2022, in conformità alle indicazioni contenute nel PNA, l'attività di analisi si è concentrata soprattutto sui processi rilevanti per l'attuazione degli obiettivi del PNRR e per la

gestione dei fondi strutturali, iniziando da quelli di competenza del Dipartimento Area Tecnica e della SOC Acquisizione beni e servizi.

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

- n. 9 del Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione;
- n. 4 del Dipartimento Area Tecnica;
- n. 9 del Dipartimento del Decentramento;
- n. 2 del Dipartimento del Farmaco;
- n. 2 del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa;
- n. 4 del Dipartimento della Prevenzione;
- n. 1 del Dipartimento Rete Ospedaliera;
- n. 5 del Dipartimento delle Risorse Umane;
- n. 12 dello Staff della Direzione Amministrativa;
- n. 3 dello Staff della Direzione Sanitaria.

Obiettivi

Per il 2023 l'obiettivo è quello di continuare a migliorare progressivamente l'implementazione di tutte le fasi del processo di gestione dei rischi in funzione delle risorse disponibili e di analizzare almeno un processo per Staff/Dipartimento che non sia già presente nel catalogo dei processi.

Sarà data ancora priorità all'analisi dei processi appartenenti alle aree a maggior rischio corruzione individuate da ANAC con particolare riferimento a quelli rilevanti per l'attuazione degli obiettivi del PNRR e per la gestione dei fondi strutturali.

Come evidenziato nella sezione dedicata al rapporto tra il sistema di prevenzione e PNRR, tutti i DIR e i RESP che gestiscono processi rilevanti per l'attuazione degli obiettivi del PNRR e per la gestione dei fondi strutturali, devono implementare all'interno degli stessi processi le misure previste: dal PNA 2022-2024; dalla Circolare MEF n. 30 del 11/08/2022 e dal relativo Allegato "Linee guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei soggetti attuatori"; dalla Direttiva operativa MDS-UMPNNR-08-15/06/2022; da eventuali successive indicazioni provenienti dagli Enti competenti.

Considerato l'elevato numero, è ragionevole supporre che solo nel medio periodo sarà possibile completare l'analisi di tutti i processi aziendali.

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|----------------|--|--------|--------------------|
| Tutti i DIR | Trasmissione al RPCT dell'elenco aggiornato di tutti i processi di competenza dello Staff/Dipartimento/Struttura (SI/NO) | SI | 31/12 di ogni anno |

| | | |
|---|-----------------------|---------------|
|  | PIAO 2023-2025 | Rev. 27/01/23 |
|---|-----------------------|---------------|

| | | | |
|-------------|--|----|--------------------|
| Tutti i DIR | Analisi completa di almeno un processo di competenza che non sia già presente nel catalogo dei processi allegato al presente Piano (Allegato 1), in conformità alla procedura per la gestione del rischio corruzione (SI/NO) | SI | 31/12 di ogni anno |
|-------------|--|----|--------------------|

4.3.4 La trasparenza

La trasparenza deve intendersi come l'accessibilità totale dei dati, documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

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

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

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

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

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

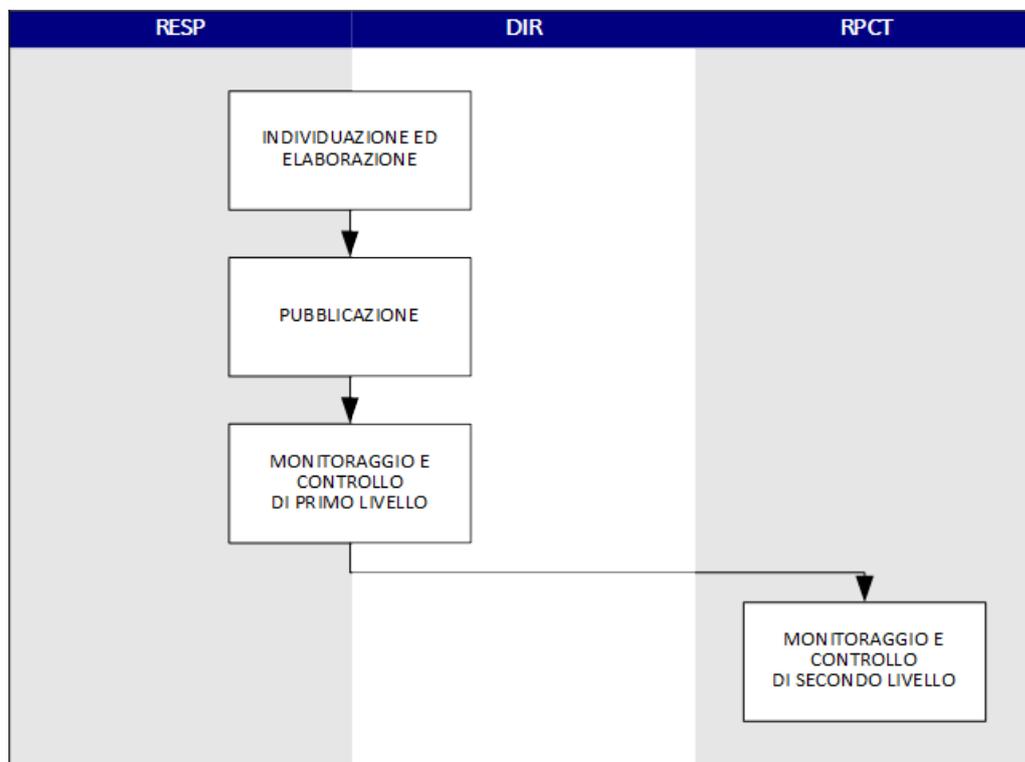
approfondimento sulle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione, si rimanda alle linee guida fornite dal Garante per la protezione dei dati personali.

Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza

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

Per rispondere a questa esigenza è stata predisposta la Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza PA.DA.04, allegata al presente Piano (Allegato 4), il cui diagramma di flusso è riportato in figura 7. Nella procedura sono definite le modalità per garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati, documenti e informazioni nel sito aziendale "Amministrazione Trasparente", le relative responsabilità e i meccanismi di coordinamento del RPCT con tutti i soggetti aziendali coinvolti.

Fig. 7 - Diagramma di flusso della procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza



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

Tabella degli obblighi di trasparenza

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

Stato dell'arte e indicazioni operative

Nel corso del 2022 è stato effettuato un aggiornamento dell'Allegato 2 attraverso la ricognizione di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme e dal PNA, e alla verifica della corretta attribuzione delle relative responsabilità.

La sezione "Bandi di gara e contratti" del sito Amministrazione Trasparente è stata aggiornata per renderla conforme alle nuove indicazioni contenute nell'allegato 9 al PNA 2022.

Sono state effettuate n.2 attività di monitoraggio di secondo livello, che hanno permesso di migliorare e rendere più completa l'attività di pubblicazione dei dati obbligatori su Amministrazione Trasparente e di migliorare il supporto ai DIR e ai RESP nella gestione delle attività di loro competenza.

Obiettivi

Per il 2023 l'obiettivo è quello di continuare a migliorare progressivamente il livello di qualità della pubblicazione su tutti gli aspetti richiamati dalla norma anche attraverso una maggiore collaborazione con tutti i soggetti aziendali coinvolti nel processo.

Inoltre, in base alle risorse disponibili, si cercherà di rendere ancora più efficace ed efficiente l'attività di monitoraggio e controllo sui dati, documenti e informazioni pubblicati, anche attraverso l'adozione di strumenti informatici idonei.

Come evidenziato nella sezione del presente PIAO dedicata al rapporto tra il sistema di prevenzione e PNRR, tutti i DIR e i RESP devono prestare particolare attenzione alla pubblicazione dei dati, documenti e informazioni nella sezione "Bandi di gara e contratti" che riguardano processi rilevanti per l'attuazione degli obiettivi del PNRR e per la gestione dei fondi strutturali. A partire da quest'anno, la pubblicazione dovrà effettuarsi in conformità alle indicazioni contenute nell'allegato 9 al PNA 2022.

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|---|--|---------------|--------------------|
| DIR di Staff DIR Dipartimenti amministrativi DIR Dipartimento della prevenzione | N° di obblighi di pubblicazione di competenza dello Staff-Dipartimento-Struttura pienamente soddisfatti entro la scadenza / N° di obblighi di competenza scaduti | 100% | 31/12 di ogni anno |

4.3.5 Accesso civico

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

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

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

L'accesso civico semplice, invece, prevede che chiunque abbia il diritto di richiedere al RPCT i dati, i documenti o le informazioni, soggette a pubblicazione obbligatoria in base alla normativa vigente, nel caso in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Stato dell'arte e indicazioni operative

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

Obiettivi

Per il 2023 l'obiettivo è quello di continuare a favorire l'applicazione dell'istituto dell'accesso civico da parte di tutti i soggetti aziendali coinvolti.

Indicatori

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

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

| | | |
|---|-----------------------|---------------|
|  | PIAO 2023-2025 | Rev. 27/01/23 |
|---|-----------------------|---------------|

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|----------------|--|--------|--------------------|
| RPCT | N° di richieste di riesame elaborate entro la scadenza prevista / N° di richieste di riesame in scadenza nell'anno | 100% | 31/12 di ogni anno |

4.3.6 Formazione

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

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

Stato dell'arte e indicazioni operative

Nel corso del 2022 è stato dato un forte impulso alla formazione di tutti i dipendenti attraverso i corsi FAD, presenti sulla piattaforma regionale FORMAS, realizzati in collaborazione con le altre Aziende ed Enti del SSR:

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

Oltre ai suddetti corsi FAD, sono stati effettuati sei incontri dal titolo “Anticorruzione e Trasparenza: aggiornamenti normativi”, destinati ai direttori di struttura e ai titolari di incarichi di funzione, per approfondire i recenti sviluppi normativi in materia di anticorruzione e trasparenza.

Sono stati effettuati anche alcuni incontri a distanza con i REF per approfondire gli aspetti teorici e pratici connessi allo svolgimento delle loro funzioni di supporto a RPCT, DIR e RESP.

Obiettivi

Per il triennio 2023-2025 l'obiettivo è di migliorare il livello della formazione utilizzando sempre più un approccio basato sul coinvolgimento attivo dei discenti, attraverso la valorizzazione delle loro esperienze e una maggiore focus su casi concreti.

Oltre al proseguimento dei corsi FAD per i neoassunti e per coloro che non hanno ancora potuto partecipare o hanno cambiato categoria, è prevista:

- l'effettuazione di un ulteriore ciclo di incontri dal titolo “Anticorruzione e Trasparenza: aggiornamenti normativi”, destinati ai direttori di struttura e ai titolari di incarichi di funzione, per continuare ad approfondire gli sviluppi normativi in materia di anticorruzione e trasparenza;

- l'attivazione di un corso FAD specifico sul nuovo Codice di comportamento da realizzarsi in collaborazione con il CRRA.
- l'effettuazione di altri incontri con i REF per approfondire le metodologie e gli strumenti alla base della gestione del rischio e del processo di pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente" e per garantire il supporto al RPCT nelle attività di monitoraggio.

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|------------------------------------|--|---------------|--------------------|
| RPCT | Proseguimento del corso di formazione "Anticorruzione e Trasparenza: aggiornamenti normativi" (SI/NO) | SI | 31/12/2023 |
| RPCT in collaborazione con il CRRA | Attivazione del corso FAD sul nuovo Codice di comportamento rivolto a tutti i dipendenti, realizzato in collaborazione con il CRRA (SI/NO) | SI | 31/12/2023 |
| RESP della SOC Formazione | Percentuale di dipendenti del comparto categoria D, DS e di dirigenti aziendali convocati per effettuare il corso FAD "Il sistema di prevenzione e repressione della corruzione – Corso avanzato" | 90% | 31/12 di ogni anno |
| RESP della SOC Formazione | Percentuale di dipendenti del comparto, categoria A, B e C convocati per effettuare il corso FAD "Prevenzione della corruzione e codice di comportamento: Lo specifico ambito sanitario. Corso base" | 90% | 31/12 di ogni anno |

4.3.7 La gestione del conflitto di interessi

Introduzione

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

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

Una situazione di conflitto di interessi può anche non limitarsi ad una o più decisioni o a una tipologia di atti, ma essere generalizzata e permanente, c.d. "strutturale", in relazione alle posizioni

ricoperte e alle funzioni attribuite. In altri termini, l'imparzialità nell'espletamento dell'attività amministrativa potrebbe essere pregiudicata in modo sistematico da interessi personali o professionali derivanti, ad esempio, dall'assunzione di un incarico seppure compatibile in base alla normativa vigente.

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

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

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

In collaborazione con il CRRRA è stato predisposto un modello di regolamento, in fase di recepimento, che andrà ad aggiornare quello vigente per recepire le modifiche normative intervenute e migliorare le modalità con cui devono essere rilasciate, raccolte e gestite le dichiarazioni.

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

L'astensione dalla decisione o dall'attività in caso di conflitto di interessi rappresenta la misura principale di prevenzione del rischio. Tutti i dipendenti (così come definiti all'art. 2 del Codice di comportamento aziendale) che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo. La finalità di prevenzione si attua mediante l'astensione dalla partecipazione, alla decisione o atto endoprocedimentale, del titolare dell'interesse che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati sono portatori.

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

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

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

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

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

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

I dirigenti, ai sensi dell'art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013, devono anche comunicare all'Azienda, prima di assumere le funzioni, i dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali incluse le prestazioni professionali svolte in regime intramurario. Queste informazioni sono pubblicate nell'apposita sezione del sito aziendale Amministrazione Trasparente.

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

Stato dell'arte e indicazioni operative

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

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

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

Obiettivi

Per l'anno 2023 l'obiettivo è quello completare l'iter di aggiornamento del regolamento aziendale approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 allo scopo di rivedere e semplificare le modalità con cui devono essere rilasciate, raccolte e gestite le segnalazioni di conflitto di interessi di cui agli artt. 6/2 e 7 e le dichiarazioni di interessi di cui agli artt. 5, 6/1, 13 del DPR 62/2013 e art. 15, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 33/2013.

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

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

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|----------------|--|--------|------------|
| RPCT | Aggiornamento del regolamento adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO) | SI | 30/06/2023 |

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

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

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

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

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

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

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

Anche il DPR 62/2013 prevede un'ulteriore ipotesi di conflitto di interessi all'art. 14 che dispone l'obbligo di astensione del dipendente dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative alla stipula e all'esecuzione del contratto con conseguente segnalazione scritta al dirigente responsabile/superiore gerarchico, nel caso in cui l'Azienda concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente.

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

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

Come evidenziato nella sezione dedicata al rapporto tra il sistema di prevenzione e PNRR, tutti i DIR e i RESP che gestiscono processi rilevanti per l'attuazione degli obiettivi del PNRR e per la gestione dei fondi strutturali, devono acquisire le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà e di certificazione di assenza di conflitto di interesse, ai sensi del DPR n. 445/2000, sottoscritte dai soggetti interni o esterni all'Azienda che svolgono incarichi specifici nell'ambito dei suddetti processi (p.e. Responsabile unico del procedimento, membri delle Commissione di gara, presidente di gara, RES, DEC, Collaudatori, Coordinatori e ogni altro soggetto richiamato dal PNA 2022-2024) ed a carico dei partecipanti ai bandi di gara, in linea con la normativa vigente del codice dei contratti pubblici.

Stato dell'arte e indicazioni operative

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

Obiettivi

Per l'anno 2023 l'obiettivo è quello completare l'iter di aggiornamento del regolamento aziendale approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 allo scopo di rivedere e semplificare le modalità con cui devono essere richieste, rilasciate, raccolte e gestite le dichiarazioni di conflitto di interessi di cui agli artt. 42 e 77 del D.Lgs. 50/2016, art. 14 del DPR 62/2013 e art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 in conformità alla delibera ANAC 494/2019 e 25/2020.

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

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|----------------|--|--------|------------|
| RPCT | Aggiornamento del regolamento adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO) | SI | 30/06/2023 |

Le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi

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

La norma vuole evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita. La legge ha anche valutato in via generale che il contemporaneo svolgimento di alcune attività potrebbe generare il rischio di svolgimento non imparziale dell'attività amministrativa costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

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

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

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

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

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

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

Stato dell'arte e indicazioni operative

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

Il CRRRA nella riunione del 12/04/2022, ha approvato uno schema di regolamento, allegato al presente piano (Allegato 5), che prevede l'applicazione delle previsioni del D.Lgs. 39/2013 anche agli incarichi dirigenziali titolari di competenze di amministrazione e gestione, non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) e definisce le modalità con cui devono essere individuate e gestite le situazioni di inconferibilità e di incompatibilità in conformità alle previsioni del suddetto decreto legislativo, del PNA e delle delibere ANAC 833/2016 e 1146/2019. Lo schema di regolamento dovrà essere applicato in via sperimentale dalle competenti strutture aziendali fino all'aggiornamento del regolamento approvato con delibera n.195 del 30/01/2019.

Obiettivi

Per l'anno 2023 l'obiettivo è quello completare l'iter di aggiornamento del regolamento aziendale approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 allo scopo di estendere l'applicazione delle previsioni del D.Lgs. 39/2013 anche agli incarichi dirigenziali titolari di competenze di amministrazione e gestione, non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) e definire le modalità con cui devono essere individuate e gestite le situazioni di inconferibilità e di incompatibilità in conformità alle previsioni del suddetto decreto legislativo, del PNA, delle delibere ANAC 833/2016 e 1146/2019, e del regolamento approvato dal CRRRA nella riunione del 12/04/2022 (Allegato 5). Attraverso l'attività formativa in programma sarà fornito un maggiore supporto ai dipendenti allo scopo di prevenire situazioni di inconferibilità e incompatibilità anche attraverso l'analisi di specifici casi.

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|-----------------------|--|---------------|-----------------|
| RPCT | Aggiornamento del regolamento adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO) | SI | 30/06/2023 |

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

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

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

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

Stato dell'arte e indicazioni operative

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

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

Obiettivi

Per l'anno 2023 l'obiettivo è quello di completare l'iter di aggiornamento del regolamento aziendale approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 allo scopo di rivedere e semplificare le modalità con cui deve essere verificata la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intendono conferire incarichi nelle circostanze previste dall'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001.

Attraverso l'attività formativa in programma sarà fornito un maggiore supporto ai dipendenti allo scopo di favorire l'applicazione della misura.

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|-----------------------|--|---------------|-----------------|
| RPCT | Aggiornamento del regolamento adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO) | SI | 30/06/2023 |

La gestione del conflitto di interessi negli incarichi extra-istituzionali

I dipendenti con rapporto di lavoro a tempo pieno non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e

professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del DPR 3/1957.

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

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

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

Per quanto riguarda il conferimento di incarichi a consulenti:

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

Stato dell'arte e indicazioni operative

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

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

Obiettivi

Per l'anno 2023 l'obiettivo è quello completare l'iter di adozione di un regolamento aziendale, conforme all'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e al PNA, nel quale siano definiti:

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

Anche il regolamento aziendale approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 sarà aggiornato allo scopo di coordinare meglio le disposizioni in esso contenute con il nuovo regolamento in materia di incarichi extra-istituzionali.

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|--------------------------------------|---|--------|------------|
| DIR Dipartimento Risorse Umane | Adozione con delibera del regolamento per la gestione degli incarichi extra-istituzionali conforme alle previsioni contenute nell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e nel PNA (SI/NO) | SI | 31/12/2023 |
| RPCT | Aggiornamento del regolamento adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO) | SI | 30/06/2023 |

Divieti post-employment - Pantouflage

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

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

Nella categoria dei dipendenti a cui si applica la disciplina rientrano anche i 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 autonomo⁵.

I dipendenti con poteri autoritativi e negoziali sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto dell'Azienda, i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'Azienda. Sono inclusi tutti i dipendenti che hanno comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio, attraverso la elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione.

Rientrano nei poteri autoritativi o negoziali, sia i provvedimenti afferenti specificamente alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per l'Azienda, sia i provvedimenti adottati unilateralmente dall'Azienda, quale manifestazione del potere autoritativo, che incidono, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari. Tra questi, naturalmente, può ricomprendersi anche l'adozione di provvedimenti che producono effetti favorevoli per il destinatario e quindi anche atti di autorizzazione, concessione, sovvenzione, sussidi, vantaggi economici di qualunque genere.

⁵ Art. 21 del D.Lgs. 39/2013.

Con riferimento ai soggetti che l'Azienda recluta al fine di dare attuazione ai progetti del PNRR, il legislatore ha escluso espressamente dal divieto di pantouflage gli incarichi non dirigenziali attribuiti con contratti di lavoro a tempo determinato o di collaborazione. L'esclusione non riguarda invece gli incarichi dirigenziali⁶.

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

Il Consiglio di Stato ha stabilito la competenza dell'ANAC in merito alla vigilanza e all'accertamento delle fattispecie di pantouflage e la conseguente competenza sotto il profilo sanzionatorio.

Stato dell'arte e indicazioni operative

Tutte le strutture competenti devono:

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

Obiettivi

Per l'anno 2023 l'obiettivo è quello completare l'iter di aggiornamento del regolamento aziendale approvato con delibera n.195 del 30/01/2019 allo scopo di definire misure adeguate per migliorare l'attuazione delle disposizioni sul pantouflage.

Attraverso l'attività formativa in programma sarà fornito un maggiore supporto ai dipendenti allo scopo di favorire la comprensione della misura.

In attesa dell'emanazione di linee guida e/o atti che l'Autorità intenderà adottare sulla materia, in collaborazione con le competenti strutture aziendali, sarà valutata la possibilità di adottare opportuni ulteriori strumenti di accertamento delle violazioni del divieto previsto dalla norma, in base al modello operativo suggerito dall'ANAC nel PNA 2022, tenendo conto della loro sostenibilità dal punto di vista economico/organizzativo.

⁶ Cfr. art. 1, D.L. 9 giugno 2021 n. 80 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" conv. con mm.ii. dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113; Cfr. art. 31 del D.L. 6 novembre 2021, n. 152, convertito con legge 29 dicembre 2021, n. 233, con cui sono state apportate modifiche all'art. 1 del D.L. n. 80/2021, prevedendo fra l'altro, al co. 7-ter, che "[...] Per gli incarichi conferiti ai sensi del comma 5 non si applicano i divieti di cui all'articolo 53, comma 16-ter, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165".

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|----------------|--|--------|------------|
| RPCT | Aggiornamento del regolamento adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO) | SI | 30/06/2022 |

4.3.8 Codice di comportamento

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

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

Gli obblighi di condotta in esso contenuti sono estesi a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi di indirizzo e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda. Ciascuna pubblica amministrazione è tenuta ad adottare un proprio codice di comportamento che integri e specifichi il codice di comportamento nazionale.

Stato dell'arte e indicazioni operative

Come previsto dall'art. 54, comma 5, del D.Lgs. 165/2001, l'Azienda ha aggiornato con delibera n.16 del 11/01/2023 il proprio Codice di comportamento aziendale, previa procedura aperta alla partecipazione e parere favorevole dell'OIV, per allinearne i contenuti alle modifiche normative intervenute, alle delibere ANAC 358/2017 e 177/2020, e per integrare ulteriori doveri di comportamento a supporto delle misure di prevenzione.

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

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

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

Allo scopo di estendere, per quanto compatibili, gli obblighi di condotta previsti dai Codici di comportamento a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo e ai collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda, le strutture aziendali competenti inseriscono apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi

previsti dai suddetti codici, negli atti di incarico, nei bandi, negli avvisi e nei contratti/convenzioni di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, lavori e forniture.

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

Obiettivo

Per il 2023 l'obiettivo è quello di garantire la più ampia diffusione e conoscibilità del Codice di comportamento aziendale attraverso la pubblicazione sul sito internet istituzionale e nella rete intranet, nonché trasmettendolo tramite e-mail a tutti i dipendenti che hanno una casella di posta elettronica istituzionale o, in alternativa, tramite avvisi da pubblicarsi sul portale istituzionale dedicato ai rapporti Azienda/dipendente.

Come già evidenziato nel paragrafo dedicato alla formazione, sarà attivato un corso FAD specifico da realizzarsi in collaborazione con il CRR;

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|---|--|---------------|--------------------|
| DIR Dipartimento Area Tecnica DIR Dipartimento Risorse Umane DIR Dipartimento del Decentramento DIR SOC Affari Generali DIR SOC Affari legali e avvocatura DIR SOC Acquisizione beni e servizi | N° di atti di incarico o contratti adeguati alle previsioni del Codice di comportamento aziendale / N° di atti di incarico o contratti stipulati nell'anno | 100% | 31/12 di ogni anno |

4.3.9 La rotazione straordinaria

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

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

La rotazione straordinaria prevista dalla legge è una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto

del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'Azienda.

I reati presupposto

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

Stato dell'arte e indicazioni operative

Il CRRA ha approvato le linee guida per l'applicazione della misura della rotazione straordinaria allegate al presente piano (Allegato 6), conformi alle indicazioni fornite dal PNA e dalla delibera ANAC 215/2019, che dovranno continuare ad essere applicate in via sperimentale dalle competenti strutture aziendali fino all'adozione di un apposito regolamento da effettuarsi entro il 31/12/2023.

Obiettivi

Per il 2023, è prevista l'adozione di un regolamento per la gestione della misura della rotazione straordinaria conforme alle linee guida approvate dal CRRA e trasmesse dalla Regione Toscana (Allegato 6).

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|--------------------------------|---|---------------|--------------------|
| Direzione Aziendale | Adozione di un regolamento per definire le modalità di applicazione della misura della rotazione straordinaria (SI/NO) | SI | 31/12/2023 |
| DIR Dipartimento Risorse Umane | N° di soggetti sottoposti a rotazione straordinaria nell'anno / N° di soggetti interessati dall'avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva | 100% | 31/12 di ogni anno |

4.3.10 La rotazione ordinaria

La rotazione ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione è di importanza cruciale per la prevenzione dei fenomeni corruttivi.

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

possa stabilire rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate e l'assunzione di decisioni non imparziali.

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

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

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

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

Stato dell'arte e indicazioni operative

Il CRRA ha approvato le linee guida per l'applicazione della misura della rotazione ordinaria allegata al presente piano (Allegato 6), conformi alle indicazioni fornite dal PNA, che dovranno continuare ad essere applicate in via sperimentale dalle competenti strutture aziendali fino all'adozione di un apposito regolamento da effettuarsi entro il 31/12/2023.

Obiettivi

Per il 2023, è prevista l'adozione di un regolamento per la gestione della misura della rotazione ordinaria conforme alle linee guida approvate dal CRRA e trasmesse dalla Regione Toscana (Allegato 6).

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

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|-----------------------|--|---------------|-----------------|
| Direzione Aziendale | Adozione di un regolamento per definire le modalità di applicazione della misura della rotazione ordinaria (SI/NO) | SI | 31/12/2023 |

4.3.11 Whistleblowing

La segnalazione di illeciti è stata introdotta nel nostro ordinamento dalla Legge 190/2012, con la finalità di prevenire il compimento di atti corruttivi e provvedere alla corretta gestione e tutela dei beni pubblici e delle risorse affidate ai pubblici funzionari, a presidio dell'interesse collettivo.

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

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

Stato dell'arte e indicazioni operative

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

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

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

Obiettivo

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

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

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|--|---|--------|------------|
| DIR dello Staff della Direzione generale | Adozione della piattaforma informatica conforme ai requisiti previsti nel regolamento adottato con Delibera n.1695 del 05/11/2021 (SI/NO) | SI | 31/12/2023 |

4.3.12 I patti d'integrità

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

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

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

Stato dell'arte e indicazioni operative

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

Obiettivo

Per il 2023 l'obiettivo è quello di promuovere il più possibile l'utilizzo di questi strumenti come misura specifica di prevenzione nell'ambito dell'analisi del rischio dei processi aziendali che gestiscono le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture.

In accordo con la Direzione Aziendale, il RPCT proporrà l'adozione di un modello di patto d'integrità aziendale da adottare con delibera del Direttore Generale.

Indicatori

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

| Responsabilità | Indicatore | Target | Scadenza |
|----------------|---|--------|------------|
| RPCT | Predisposizione di un modello aziendale di patto d'integrità da proporre alla Direzione Aziendale (SI/NO) | SI | 31/12/2023 |

4.3.13 Monitoraggio e controllo

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

Si possono distinguere due livelli:

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

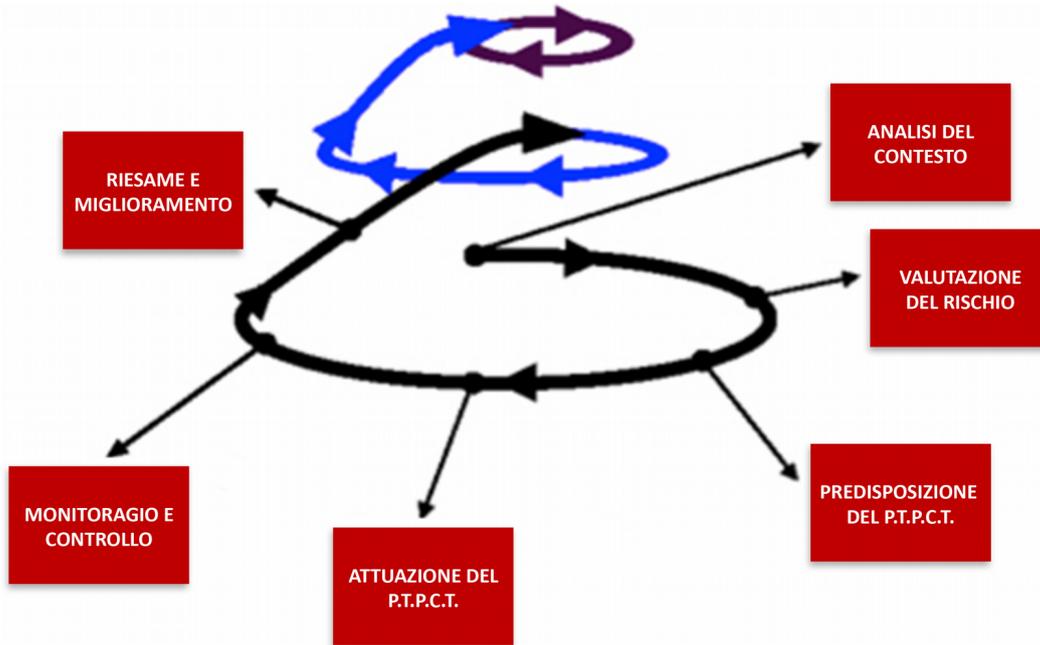
I risultati dell'attività di monitoraggio e controllo svolta nel 2022 sono riportati nella relazione annuale del RPCT, alla quale si rimanda per un approfondimento.

4.3.14 Riesame

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

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

Fig. 8 – Il processo di miglioramento continuo



5. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

5.1 Struttura organizzativa

5.1.1 Organizzazione

L'Azienda USL Toscana Centro si propone di realizzare e gestire una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione ed una rete di servizi socio-sanitari in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare. In considerazione della molto ampia dimensione territoriale dell'Azienda, la sfida principale è rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, mantenendo alta l'attenzione alle peculiarità e alle problematiche locali. Le funzioni operative svolte all'interno dell'Azienda USL Toscana Centro sono state attribuite alle strutture organizzative, secondo le loro assegnazioni all'interno delle aggregazioni dipartimentali, cui sono assegnate le risorse e sono gestite sulla base della programmazione aziendale. L'organizzazione interna è stata articolata in: Dipartimenti, Strutture Operative Complesse e Semplici (anche a valenza dipartimentale), Programmi e Incarichi Professionali.

Il Dipartimento rappresenta lo strumento organizzativo ordinario di gestione, garante della funzione di governo clinico dei percorsi assistenziali e della tutela della salute collettiva. Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa di coordinamento a valenza aziendale, sovra ordinata rispetto alle Strutture Organizzative ed è costituito da Strutture omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità, tra loro indipendenti, mantenendo la propria autonomia e responsabilità riguardo agli aspetti clinico assistenziali e/o di supporto ai tali percorsi. Aggrega una pluralità di risorse professionali ed articolazioni funzionali integrate, a garanzia della gestione unitaria ed orientata ai processi di lavoro ed all'integrazione delle competenze coinvolte. Promuove lo sviluppo delle strategie di governo ad ogni livello organizzativo e professionale attraverso un ampio coinvolgimento ed un'esplicita responsabilizzazione di tutti gli operatori, finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi e del rendimento delle risorse disponibili.

Il Dipartimento è il modulo ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali, sia di tipo tecnico amministrativo sia di tipo professionale sanitario e sociosanitario, con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa finanziaria e di governo clinico. Esso presenta una dimensione minima di almeno tre strutture organizzative complesse. I Dipartimenti agiscono in accordo e sinergia su mandato della Direzione, occupandosi di indirizzare le attività delle strutture afferenti, orientandole verso il raggiungimento degli obiettivi concordati: hanno quindi carattere tecnico – professionale e responsabilità gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate.

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

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

La Zona Distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate (art. 64, comma 1 L.R. 40/2005 e ss.mm.ii.). Tutte le Zone Distretto dell'Azienda UsI Toscana Centro hanno costituito la Società della Salute (SdS) ai sensi degli artt. 71 bis e seguenti della L.R.40/2005 e ss.mm.ii. Istituite in Toscana nel 2008, le SdS sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate. Le Società della salute, integrando i servizi e le attività di Comuni e Aziende sanitarie, lavorano per offrire alle persone risposte unitarie ai bisogni sociosanitari e sociali e diventano l'interlocutore privilegiato e la porta di accesso ai servizi territoriali. Il Direttore SdS coincide con il Direttore di Zona. L'erogazione dei servizi sanitari territoriali di Zona Distretto avviene attraverso le Unità Funzionali (UF), che operano secondo il criterio dell'integrazione degli interventi, per dare una risposta globale alle situazioni di bisogno. Nelle SdS il Direttore assicura il coordinamento fra le UF dell'Azienda UsI e quelle istituite nelle SdS (art. 66 comma 4 bis), evitando comunque duplicazioni.

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

5.2 Organizzazione del lavoro agile

Il lavoro agile promuove una nuova visione dell'organizzazione del lavoro volta principalmente a stimolare la responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi aziendali in un'ottica di miglioramento del benessere organizzativo, dei servizi offerti ma anche di supporto alla mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa lavoro contribuendo così anche ad agevolare i tempi di vita-lavoro.

Si applica nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità garantendo le medesime opportunità rispetto alle progressioni di carriera, economiche, incentivazione e performance. È un asset chiave nell'evoluzione dell'organizzazione perché spostando il focus dalla prestazioni lavorativa ad ore ad una per obiettivi apre dei nuovi possibili scenari di riassetto in termini di utilizzo degli spazi, dotazioni tecnologiche e maggiori interazioni tra i lavoratori anche di diversi settori mediante lo strumento del co-working.

L'Azienda USL Toscana Centro ha avviato una fase sperimentale dedicata al personale del comparto amministrativa conclusasi lo scorso 31 dicembre. Sono stati attivati 220 contratti suddivisi in maniera omogenea tra i livelli professionali ed i vari dipartimenti.

L'Azienda USL Toscana Centro ha avviato una fase sperimentale dedicata al personale del comparto amministrativa conclusasi lo scorso 31 dicembre. Sono stati attivati 220 contratti suddivisi in maniera omogenea tra i livelli professionali ed i vari dipartimenti.

Alla luce della esperienza positiva, sia in termini di obiettivi raggiunti sia di dati incoraggianti in tema di riduzione del ricorso all'istituto dello straordinario, si è ritenuto di proseguire nella sperimentazione estendendo questa innovativa modalità organizzativa seguendo anche quanto previsto nel nuovo CCNL del comparto.

In particolare è allo studio di fattibilità un'ipotesi di lavoro da casa in un giorno predefinito in modo da ridurre l'impatto ambientale degli spostamenti casa-lavoro. L'ipotesi prevede l'adesione su base volontaria e l'allestimento di spazi di coworking sulle otto zone distretto per tutti quei lavoratori che non ritengano di aderire.

A questa ipotesi di lavoro da casa, si aggiungono altre tre ipotesi allo studio:

- Accesso al lavoro per emergenze di carattere straordinario: in caso di eventi di carattere straordinario al fine di garantire il mantenimento delle attività necessarie oppure la salute e la sicurezza pubblica il Direttore generale potrà valutare la possibilità di autorizzazione temporaneamente l'accesso al lavoro agile del personale dipendente che svolge o potenzialmente è in grado di svolgere attività compatibili.
- Accesso al lavoro per esigenze di carattere personale straordinario previa verifica di compatibilità e coerenza con la tipologia sopra citata;
- Accesso al lavoro agile per particolari caratteristiche professionali. Questa tipologia di lavoro a distanza ha come obiettivo la retention del personale particolarmente qualificato e in percorsi specifici iperspecialistici, tesa a garantire il mantenimento di specifiche professionalità formate in un contesto territoriale particolarmente vasto come quello determinatosi a seguito della istituzione di ESTAR e della definizione di graduatorie a livello regionale.

A questa attività di studio si aggiunge anche una ridefinizione a livello aziendale della mappatura delle attività smartabili volta a implementare l'attuale funzionigramma e consentire la definizione di un nuovo allegato al Regolamento Aziendale sullo Smart Working.

Questa ulteriore fase di approfondimento da accompagnare con il dovuto confronto sindacale per l'adozione nel nuovo integrativo aziendale avrà come obiettivo l'adozione definitiva del Regolamento sul lavoro a distanza che dovrà prevedere delle forme di bando per l'adesione del personale e per consentire all'amministrazione la corretta applicazione del sistema di rotazione nel caso in cui le adesioni siano superiori ai posti disponibili.

Per consentire l'ulteriore approfondimento i contratti in scadenza al 31 dicembre sono stati prorogati per ulteriori tre mesi.

5.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Attualmente è in corso di predisposizione il nuovo Piano Triennale di Fabbisogni del Personale, nelle more delle relative indicazioni regionali.

Si allega, pertanto, al presente documento il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2022-2024 approvato con delibera n. 1372 del 24/11/2022 (allegato 7).

5.4 Formazione del personale

5.4.1 Il contesto aziendale

L'Azienda USL Toscana Centro, nata il 1° gennaio 2016 in seguito alla legge di riforma del SSR, si considera erede della grande tradizione di assistenza che si è sviluppata fin dal medioevo nelle aree centrali della Toscana. Ha la più alta densità abitativa, circa 1.330.000 di cittadini su un

territorio di oltre 5000 Km², con 75 comuni e 8 Società della Salute. I presidi ospedalieri presenti sul territorio sono 13, oltre a 16 case di cura convenzionate e 221 strutture territoriali. L'azienda si avvale di circa 15.000 dipendenti, 11.000 del ruolo sanitario e 4000 del ruolo tecnico, professionale ed amministrativo, distribuiti in più di venti professioni che determinano il capitale intellettuale, indispensabile per poter disporre di tutte le competenze. Il capitale umano rappresenta il valore più grande dell'azienda sanitaria che ha consapevolezza della necessità di averne cura, sia sul versante motivazionale che tecnico professionale, in modo che lo sviluppo sia coerente e sinergico alle trasformazioni culturali, organizzative e gestionali.

5.4.2 La formazione continua

La formazione continua rappresenta un elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e delle performance dei professionisti con le trasformazioni determinate dall'evoluzione dei bisogni sanitari, dai mutamenti della domanda, dalla richiesta di maggiori e qualificate competenze scientifiche e tecnologiche, nonché dall'evoluzione dei modelli organizzativi ed operativi. In uno scenario in continua evoluzione, dove i professionisti e le organizzazioni sono chiamati a fronteggiare nuove esigenze e nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali, diviene necessario lo sviluppo di nuove competenze che diventano velocemente obsolete e devono quindi essere ridefinite e/o aggiornate con una certa frequenza o almeno ogni qual volta cambi l'assetto organizzativo. La competenza è un costrutto complesso composta da conoscenza, abilità/skill, comportamento/qualità, può essere appresa, è finalizzata a un obiettivo/risultato e se non esercitata tende a perdere le caratteristiche di efficacia, efficienza e appropriatezza. L'emergere del valore della competenza e del capitale umano rende necessaria la costruzione di nuovi modelli di gestione per analizzare, valutare, riconoscere e valorizzare i professionisti e gli "alti potenziali". In questo modello, competenze e conoscenze specifiche del ruolo e trasversali rappresentano i pilastri su cui si basa l'organizzazione dell'azienda e la possibilità di miglioramento delle performance.

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

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

comporta l'introduzione nella pratica professionale di criteri di efficienza e di meccanismi di controllo e valutazione delle prestazioni e dei risultati.

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

5.4.3 Il Piano Annuale di Formazione

L'art. 7 comma 4 del D.Lgs. 165/01 e s.m.i. stabilisce che "Le amministrazioni pubbliche curano la formazione e l'aggiornamento del personale, ivi compreso quello con qualifiche dirigenziali, garantendo altresì l'adeguamento dei programmi formativi, al fine di contribuire allo sviluppo della cultura di genere della pubblica amministrazione". Il D. Lgs. 502/92 e s.m.i. ha dettato disposizioni in materia di formazione continua in medicina, definendone finalità, i soggetti coinvolti e le modalità di attuazione. Disposizioni in materia di formazione sono contenute anche nei CCNLL del personale del comparto, della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria, tecnica professionale ed amministrativa. La DGRT 153/2019 concernente "Approvazione del manuale regionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM e del manuale del professionista sanitario. Aggiornamento disciplina su sponsorizzazione, conflitto d'interessi e pubblicità nella formazione continua in sanità. Revoca DGR 1284/2017", sostituita recentemente dalla DGRT n. 1306 del 21/11/2022 avente per oggetto "Determinazioni in materia di educazione continua in Medicina (ECM) della Regione toscana", stabilisce che le aziende elaborino un Piano Annuale della Formazione (PAF) che deve essere inviato all'ente accreditante, ovvero la Regione Toscana, entro il 28 febbraio dell'anno al quale si riferisce la programmazione e deve contenere gli obiettivi formativi strategici corredati di indicatori, che consentano all'azienda di valutare la propria attività, l'elenco degli eventi formativi programmati con indicato l'obiettivo nazionale cui si riferiscono, il titolo, il target utenza, il responsabile scientifico, ove già individuato, l'arco temporale di realizzazione, la presenza di docenti extra SST e la tipologia di formazione utilizzata, patrocini e le sponsorizzazioni, ove già individuati, gli strumenti e tempi di verifica qualitativa e quantitativa, le modalità di diffusione del piano all'interno dell'Azienda e le attività da porre in essere per garantire equità di accesso alla formazione e le risorse finanziarie. L'Azienda USL Toscana Centro, in quanto "provider ECM standard" a seguito della verifica effettuata in data 18/03/2022, avvalendosi della SOC Formazione del Dipartimento Risorse Umane, ha la responsabilità di erogare formazione ai professionisti sanitari, attribuendo crediti ECM alle attività formative, conformemente alla normativa vigente; agisce garantendo la coerenza e la qualità scientifica dei progetti formativi realizzati, la trasparenza dei finanziamenti, l'assenza di pubblicità a prodotti sanitari e si impegna a rispettare le indicazioni nazionali e regionali. L'Azienda USL garantisce altresì la formazione a tutto il personale dipendente e convenzionato.

Il Piano Annuale di Formazione (PAF) viene redatto tenendo conto di:

- obiettivi nazionali, regionali e strategici aziendali annuali e pluriennali;
- analisi criticità organizzative e fabbisogni formativi emersi e trasformati in proposte progettuali;
- obblighi normativi;
- politiche di sviluppo delle risorse umane;

- sviluppo innovazioni tecnologiche ed organizzative;
- programmazione assunzioni;
- incentivazione formazione “in house”, al fine di ottimizzare le risorse disponibili e valorizzare il personale dipendente come risorsa attiva nel processo formativo;
- incentivazione della formazione sul campo per la sua efficacia in termini di apprendimento e di possibile sviluppo organizzativo;
- incentivazione della formazione a distanza, sincrona e asincrona, sperimentata ed avviata nella situazione emergenziale correlata alla pandemia Covid 19;
- promozione della formazione multiprofessionale e interdipartimentale.

5.4.4 La Mission Aziendale

L’Azienda USL Toscana Centro riconosce la formazione come uno degli elementi di valore alla base dello sviluppo del sistema salute e, nel proprio Statuto, definisce il ruolo strategico di questa per l’adeguamento progressivo dei contenuti culturali, professionali, organizzativi ed etici che sottendono l’acquisizione, lo sviluppo, la qualificazione e il mantenimento delle competenze necessarie al miglioramento dell’organizzazione, dell’efficacia, della qualità e dell’efficienza del servizio sanitario, in linea con la domanda di salute della popolazione.

Il costante cambiamento dello scenario in cui opera la sanità comporta un adeguamento repentino delle competenze da parte dei professionisti, per garantire livelli di assistenza di qualità. Il ruolo professionale rimane l’elemento stabile e costante nell’organizzazione, mentre le attività possono essere ridefinite in base alle necessità organizzative. Collegate a queste due componenti sono le competenze che per definizione diventano facilmente obsolete e devono quindi essere ridefinite e/ o aggiornate con una certa frequenza o almeno ogni qualvolta cambi l’assetto organizzativo. La formazione rappresenta un elemento strategico, al fine di accompagnare e sostenere:

- l’innovazione ed il costante allineamento delle competenze e performance dei professionisti con le trasformazioni determinate dall’evoluzione dei bisogni sanitari, dai mutamenti della domanda sanitaria, dalla richiesta di maggiori e qualificate competenze scientifiche e tecnologiche nonché dall’evoluzione dei modelli organizzativi ed operativi;
- il processo continuo e permanente, per facilitare il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella pratica professionale e quindi consolidare la qualità dell’assistenza erogata in termini di sicurezza, efficacia, efficienza, coinvolgimento ed appropriatezza;
- la capacità competitiva e dunque adattabilità ai cambiamenti organizzativi, professionali e tecnologici, in linea con le normative e documenti di indirizzo nazionali, regionali ed aziendali, tra i quali si richiamano il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Programma Nazionale Esiti, Piano Nazionale di Prevenzione 2020 – 2025, Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale, Programma Regionale di Sviluppo 2020-2025, Piano Triennale della performance 2021 – 2023.

5.4.5 Gli obiettivi formativi strategici e priorità aziendali

La Direzione Aziendale definisce gli obiettivi formativi strategici e le linee generali di indirizzo. Di seguito sono riportati gli obiettivi dell’anno 2023, con una descrizione delle rispettive aree di sviluppo professionale-formativo:

- Promuovere la cultura della salute e sicurezza sul lavoro attraverso interventi di prevenzione e gestione dei rischi attuali, nuovi ed emergenti. L’Azienda considera la salute e la sicurezza dei lavoratori priorità nel proprio modo di operare, pertanto si impegna nel raggiungimento,

mantenimento e rispetto dei requisiti di tutela dei lavoratori e della salubrità degli ambienti di lavoro definiti dalla specifica normativa e dal CC.N.LL. L'obiettivo di "migliorare le condizioni di sicurezza di un ambiente di lavoro" si raggiunge, attraverso un'analisi capillare dei processi e delle attività e con la "formazione specifica" attraverso la quale promuovere una cultura della sicurezza e stimolare i lavoratori a prendersi cura della propria salute e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, utilizzare correttamente le attrezzature, le sostanze e i preparati pericolosi, i mezzi di trasporto e i dispositivi di protezione, osservare le disposizioni e le istruzioni impartite a livello aziendale in materia di sicurezza. Con la formazione si intende sviluppare nel lavoratore quel complesso di conoscenze e comportamenti indispensabili per ridurre i rischi e tutelare la sicurezza personale, inclusa la conoscenza dei rischi potenziali per la sicurezza e le procedure da seguire per proteggere sé stessi ed i colleghi da atti di violenza inclusi i metodi di riconoscimento di segnali di pericolo o di situazioni che possono condurre ad aggressione. Per la prevenzione degli atti di violenza, già nel 2022 è stato avviato un percorso formativo rivolto a tutti i dipendenti con il supporto di Formas. Con l'informazione i lavoratori apprendono, invece, a riconoscere e di conseguenza a ridimensionare e a controllare i rischi presenti in azienda ed, infine, tramite l'addestramento i lavoratori si esercitano ad utilizzare le attrezzature, i macchinari, i dispositivi e tutte le strumentazioni che servono per le fasi di lavoro con l'obiettivo fondamentale di prevenire i danni alla salute che possano derivare dall'attività lavorativa, in relazione alla specifica mansione cui ogni lavoratore è adibito.

- Valorizzare il capitale umano in modo da offrire un sistema di alte competenze tecnico professionali, relazionali, manageriali e digitali. In un contesto organizzativo complesso e caratterizzato dall'alta specializzazione, risulta determinante una politica del personale flessibile e che si adatti efficacemente alla realtà quotidiana, con strumenti dinamici e modulari. Uno dei più importanti focus del PNRR è il Sistema Sanitario Nazionale, la cui modernizzazione è obiettivo della Missione 6 (Salute), focalizzata proprio su management, innovazione, ricerca e digitalizzazione per lo sviluppo di una sanità in grado di valorizzare gli investimenti effettuati in risorse umane, il rafforzamento della ricerca scientifica, il potenziamento e l'innovazione della struttura tecnologica e digitale del SSR. Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica richiedono che gli operatori e i professionisti sanitari siano regolarmente aggiornati e formati per garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal Servizio sanitario nazionale e l'emergenza sanitaria si è fatta volano di una rivoluzione positiva, che ha risvegliato il bisogno di una sanità più moderna e digitale e la necessità di un'esperienza di cura più vicina e umana. Lo sviluppo del capitale umano include tutte le attività formative tese ad accrescere la professionalità e le competenze tecnico professionali, digitali, manageriali per la gestione dei gruppi di lavoro, potenziamento del lavoro in team e la stessa valorizzazione. In quest'ottica diventa prioritario identificare le esigenze di crescita dei professionisti (analisi fabbisogni), selezionare le tecniche più adatte per rafforzare la professionalità, l'etica professionale e pubblica quale insieme dei principi e delle norme di comportamento corretto in seno all'amministrazione pubblica ed offrire supporto agli operatori nella loro crescita professionale. Lo sviluppo delle competenze professionali avviene nel rispetto del potenziale e delle aspettative personali tramite il coinvolgimento, nell'attività aziendale e della struttura di appartenenza, di tutti i professionisti ed operatori con particolare riferimento ai neo assunti. Rientrano ad esempio in questo obiettivo le seguenti macroaree di contenuto e di sviluppo:

Accessi vascolari, Ecografia, ricerca, comunicazione e relazione d'aiuto, gestione risorse umane, coaching, etica professionale ed etica pubblica- privacy – anticorruzione, codice di comportamento, l'informatizzazione, la telemedicina, la de materializzazione e la digitalizzazione.

- Implementare le competenze necessarie per promuovere la salute come risultato dello sviluppo armonico e sostenibile dell'uomo, della natura e dell'ambiente (approccio One Health). Il Piano di prevenzione nazionale (Pnp) 2020-2025 ed il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), rafforzano la visione "One Health" quale approccio per la salute delle persone inteso come il risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura, dell'ambiente e dell'ecosistema che sono legate indissolubilmente. I problemi emersi durante la pandemia Covid-19, hanno evidenziato l'importanza dello sviluppo professionale e manageriale, ed investire nei processi di promozione della salute e prevenzione della malattia. Questo richiede approcci e sforzi globali per progettare e implementare percorsi, programmi, norme e ricerche in cui diversi settori, tra cui un ruolo importante e fondamentale è rappresentato dagli Enti del SST, possano raggiungere i migliori risultati per la salute pubblica. L'approccio One Health, riconosce che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi è interconnessa, promuove una visione sistemica della salute e l'applicazione di un metodo multidisciplinare e intersettoriale, per prevenire o affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine all'interfaccia tra la salute umana e quella degli ecosistemi. La formazione dovrà mirare allo sviluppo di competenze professionali convergenti verso il paradigma One Health, che richiede un passaggio dal pensiero lineare (medicalizzazione della salute) ad un approccio olistico, sistemico e transdisciplinare che necessita del contributo di un'ampia gamma di discipline scientifiche, della comunità e dei suoi rappresentanti in qualità di stakeholder. Rientrano ad esempio in questo obiettivo le seguenti macroaree di contenuto e di sviluppo: promozione della salute, rischi ambientali e salute, la sanità animale, dipendenze e riduzione del danno, prevenzione primaria e malattie infettive emergenti, pandemia influenzale, counseling ed educazione alla salute.
- Promuovere lo sviluppo di competenze per garantire una presa in carico globale del cittadino attraverso reti cliniche territoriali e ospedaliere. Il progressivo invecchiamento della popolazione e il consolidamento del quadro epidemiologico dominato da malattie cronic-degenerative hanno richiesto la riorganizzazione dei processi di cura centrati su una maggiore integrazione tra la rete ospedaliera e servizi territoriali, attraverso l'adozione di linee guida per la gestione integrata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e dei Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti in fase post acuta. Il concetto di rete clinico-assistenziale, ha l'obiettivo di assicurare che la presa in carico globale del paziente avvenga in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle cure, mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari di tipologia e livelli diversi. L'attuale organizzazione sanitaria richiede ruoli professionali, team multidisciplinari, strumenti per la presa in carico del cittadino, perché sia il più possibile personalizzata, univoca, condivisa a tutti i livelli di cura in modo da garantire risposte efficaci, efficienti appropriate e sicure. Oggi le aziende sono chiamate ad erogare prestazioni sempre più riconducibili ad un'alta complessità tecnologica ed organizzativa, modulate in relazione ai bisogni del cittadino, coinvolgendo i professionisti nella presa in carico, nei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali sociali

integrati ma soprattutto percorsi omogenei tra le varie strutture che fanno parte dei nuovi Dipartimenti, superando l'individualismo, la variabilità dei comportamenti, la frammentazione e la dispersione. La formazione dovrà mirare al continuo sviluppo di competenze professionali in un'ottica di miglioramento continuo e a supportare le modifiche degli atteggiamenti culturali che ogni grosso cambiamento comporta ed un accento particolare va posto sull'opportunità di valorizzare ulteriormente percorsi formativi interdisciplinari. Rientrano ad esempio in questo obiettivo le seguenti macroaree di contenuto e di sviluppo: reti tempo dipendenti (emergenza-urgenza, cardiologica, ictus, punti nascita, traumatologica), reti mediche – chirurgiche specialistiche, reti oncologiche, reti pediatrica, reti patologie neurodegenerative, rete trapiantologica, rete terapia del dolore, appropriatezza.

- Migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire sicurezza nelle cure e nell'assistenza. La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari che l'azienda si pone; le misure e gli interventi finalizzati alla sicurezza delle cure e delle procedure clinico assistenziali, e alla tutela dei pazienti che ad esse si sottopongono, rappresentano parte integrante ed essenziale delle professioni sanitarie. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, richiedendo una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per la attuazione di misure organizzative e di comportamenti volti a promuovere l'analisi degli eventi avversi ed a raccogliere gli insegnamenti che da questi possono derivare. La sicurezza dei pazienti quindi si colloca nella prospettiva di un complessivo miglioramento della qualità e deve essere affrontata attraverso l'adozione di pratiche di governo clinico che consente di porre al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando comunque il ruolo e la responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità. Rafforzare le competenze dei professionisti è una priorità essenziale per cui la formazione costituisce uno strumento indispensabile per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure. Rientrano ad esempio in questo obiettivo le seguenti macroaree di contenuto e di sviluppo: gestione rischio clinico, benessere organizzativo, controllo infezioni, pratiche sicurezza paziente, raccomandazioni ministeriali, allattamento al seno, rianimazione neonatale, distocia di spalla, emorragia post partum, utilizzo check list sala operatoria, Blsd, ventilazione polmonare assistita.

Gli obiettivi formativi strategici aziendali, prevedono nel PAF, anche la definizione di indicatori quali-quantitativi del Processo Formativo e Indicatori di esito, ovvero delle ricadute organizzative attese. In specifico rispetto agli eventi programmati in base ai bisogni formativi, possiamo così riassumere:

Tabella 5

| Obiettivi formativi Strategici Aziendali | n. iniziative PAF 2023 |
|--|---|
| Promuovere la cultura della salute e sicurezza sul lavoro attraverso interventi di prevenzione e gestione dei rischi attuali, nuovi ed emergenti | Sono previste 81 iniziative Le ore di formazione previste sono 3307 Le persone da formare su tale obiettivo strategico sono 40502 |
| Valorizzare il capitale umano in modo da offrire un sistema di alte competenze tecnico | Sono previste 772 iniziative |

| | |
|--|---|
| professionali, relazionali, manageriali e digitali | Le ore di formazione previste sono 14735 Le persone da formare su tale obiettivo strategico sono 66626 |
| Implementare le competenze necessarie per promuovere la salute come risultato dello sviluppo armonico e sostenibile dell'uomo, della natura e dell'ambiente (approccio One Health) | Sono previste 67 iniziative Le ore di formazione previste sono 1559 Le persone da formare su tale obiettivo strategico sono 2960 |
| Promuovere lo sviluppo di competenze per garantire una presa in carico globale del cittadino attraverso reti cliniche territoriali e ospedaliere | Sono previste 253 iniziative Le ore di formazione previste sono 5488 Le persone da formare su tale obiettivo strategico sono 9754 |
| Migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire sicurezza nelle cure e nell'assistenza | Sono previste 479 iniziative Le ore di formazione previste sono 13449 Le persone da formare su tale obiettivo strategico sono 29225 |

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

Il PAF, come indicato dalla DGRT 153/2019 e confermato nella DGRT 1306/2022, deve dare evidenza della coerenza rispetto a tre ambiti pre definiti, ovvero:

- Politiche aziendali per lo sviluppo delle risorse umane
- Innovazioni organizzative aziendali
- Innovazioni tecnologiche aziendali.

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

Politiche Aziendali per lo Sviluppo delle Risorse Umane

Le principali risorse di cui dispone un'azienda per creare valore, generare nuove idee e sviluppare nuovi servizi sono le risorse umane. Anche un'azienda dotata delle tecnologie più sofisticate necessita di persone competenti e creative per svolgere l'insieme complesso di attività necessarie a garantire prestazioni efficaci, efficienti ed appropriate. In un contesto organizzativo complesso e caratterizzato dall'alta specializzazione, risulta determinante una politica del personale flessibile e che si adatti efficacemente alla realtà quotidiana, con strumenti dinamici e modulari.

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

L'attribuzione degli incarichi di funzione per il personale dell'area contrattuale del comparto e degli incarichi di coordinamento professionali clinico assistenziali e tecnico assistenziali, rappresenta uno strumento indispensabile per realizzare un modello organizzativo flessibile, dove funzioni e competenze di linking tra il personale operativo e i vertici dirigenziali, per la tenuta e sviluppo del sistema.

Allo scopo sono state previste, già a partire dal 2022 con il consolidamento nel 2023, specifiche attività di formazione per sostenere ed accrescere la professionalità e le competenze chiave di

queste figure in modo tale da facilitare il raggiungimento degli obiettivi assegnati, che guidano la realizzazione del modello organizzativo e l'individuazione delle specifiche posizioni.

Altri interventi formativi importanti sono previsti per coloro che devono poter lavorare con efficacia e soddisfazione in team anche complessi come quelli multiprofessionali, multidisciplinari e multifunzionali. Per quest'anno l'azienda intende investire in particolare sui seguenti Dipartimenti: Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche, Dipartimento Assistenza Infermieristica ed Ostetrica, Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, Dipartimento Risorse Umane, Dipartimento Emergenza ed Area critica, Staff Direzione Sanitaria; attraverso corsi di formazione specifici si vuole rafforzare le capacità di lavorare come squadra, migliorare la capacità di creare e mantenere relazioni solide e positive con altri professionisti, favorire la strutturazione di nuovi "schemi di gioco" e l'esplicitazione di "regole" condivise e costruire una forte coesione indispensabile di fronte a difficoltà e sfide comuni.

I principali eventi previsti per tale area sono:

- Lo stress e la gestione delle situazioni critiche in ambito lavorativo
- Lean Thinking: significato, principi, strumenti e risultati
- Il ruolo e compiti dei titolari di Incarico di Funzione del Dipartimento delle Risorse Umane
- Intelligenza emotiva nei team per la gestione delle risorse umane
- La medicina narrativa: competenze comunicative e relazionali dei professionisti sanitari nella malattia e nei processi di cura
- Le differenze generazionali nel team: da problema a vantaggio competitivo
- Motivare il TEAM
- PNRR e Salute: il supporto al cambiamento
- Social skills training – approfondimento
- Strategie per una buona comunicazione
- Strumenti e strategie per il lavoro in team nel Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie
- Team building in anestesia e rianimazione
- TEAM LAB - Strategie e strumenti per generare valore e sviluppo competenze del Team
- Teamwork e strumenti di coaching
- Analisi e sviluppo dell'integrazione interprofessionale in area chirurgica
- I conflitti che fanno crescere: gestione della negatività (conflitti, stress, burn-out), dalle mappe scientifiche alle applicazioni
- Criticità emergenti nella gestione dei conflitti
- Come sviluppare il coinvolgimento all'interno di un gruppo di lavoro

Innovazioni Aziendali

Nella mission dell'Azienda, tra i principi fondanti troviamo "l'innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico per sostenere i mutamenti di contesto" e la capacità di presidiare efficacemente la dimensione dell'innovazione, quali ad esempio la nuova tecnologia o un diverso percorso di cura, a forte valenza strategica.

Innovazioni organizzative, tecnologiche e gestionali avvengono di continuo all'interno dei sistemi sanitari per effetto di spinte sia esogene (scelte politiche, evoluzione dei bisogni, ecc) che endogene (nuove evidenze scientifiche, standard qualitativi, governo della spesa, ecc) e riuscire ad

ottenere i risultati attesi o la trasferibilità immediata da un sistema sanitario all'altro non è così semplice.

Nuovi processi lavorativi, nuove tecnologie, nuovi modelli organizzativi richiedono l'attivazione di un processo formativo continuo e innovativo per l'aggiornamento delle competenze tradizionali e l'acquisizione di nuove competenze digitali. Diventa indispensabile possedere capacità operative adeguate per gestire l'innovazione e per farlo in modo condiviso tra gli operatori. Le aziende che fanno innovazione nelle tecnologie di produzione e di organizzazione del lavoro devono obbligatoriamente adottare politiche di formazione per accompagnare questi processi di cambiamento. Innovare non significa solo disegnare nuove soluzioni, ma ottenere reali cambiamenti.

Innovazione Organizzativa

L'innovazione organizzativa nei sistemi sanitari di oggi si gioca su tre direttrici: lo sviluppo di forme organizzative che spostano il baricentro dal sistema d'offerta alle esigenze dei pazienti e dei relativi percorsi, la revisione dei processi e dei ruoli organizzativi per eliminare sprechi ed ottimizzare i flussi di lavoro e l'implementazione di nuove formule per l'aggregazione dei pazienti trattati all'interno dei setting assistenziali (reparti, piattaforme logistiche, ecc.) con particolare riferimento all'intensità assistenziale la complessità delle cure e la continuità ospedale-territorio.

A livello di assistenza ospedaliera si sta passando dal modello assistenziale per cellula 3.0 all'evoluzione 4.0 e si stanno sviluppando nuovi modelli quali l'handover infermieristico, la ridefinizione dei percorsi nella lungodegenza per l'ottimizzazione delle tempistiche di presa in carico e la revisione dei percorsi clinico assistenziali.

A livello di assistenza territoriale si sta consolidando il modello dell'infermiere di famiglia e di comunità, i Gruppi di Intervento Rapido Ospedale Territorio e sviluppando percorsi organizzativi innovativi quali il "progetto fisioterapista di comunità", il "progetto Recovery" in salute mentale, per una sempre maggiore presa in carico globale, con una forte integrazione con gli altri professionisti territoriali. Ovviamente per la realizzazione di questi "cambiamenti di cultura", la formazione diventa un elemento essenziale, in quanto permette l'acquisizione di competenze professionali necessarie a ricoprire tale ruolo.

Tra gli eventi a supporto dell'innovazione organizzativa troviamo:

- L'analisi dei codici DRG associati alla lungodegenza: ridefinizione dei percorsi per l'ottimizzazione delle tempistiche
- Il Codice Rosa: il percorso adulti, minori e vittime di violenza
- L'ecografia pre-ospedaliera
- Il percorso di presa in carico multidisciplinare del paziente con tumore epatobiliare alla luce delle nuove EBM
- L'handover infermieristico per la sicurezza nella presa in carico integrata del paziente complesso, fragile e non autosufficiente
- I Gruppi di Intervento Rapido Ospedale Territorio: sviluppo del modello organizzativo
- Strategie per il consolidamento del modello assistenziale per cellula: revisione del modello 4.0
- Il percorso della Continuità Ospedale Territorio: strumenti e modalità operative della presa in carico
- Implementazione del "Progetto Fisioterapista di Comunità": nuovi setting e target di utenza

- L'Infermiere di famiglia e comunità: un modello evolutivo di assistenza sul territorio
- La continuità assistenziale: innovazione organizzativa e integrazione multiprofessionale
- La presa in carico integrata del paziente complesso, nell'area anziani e disabilità: ACOT-PUA-UVM e IFC
- La Recovery: nuovo modello di cura in salute mentale
- Revisione percorsi clinico assistenziali in Area Chirurgica

Innovazioni Tecnologiche

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

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

Le numerose integrazioni realizzate hanno consentito percorsi informatici ottimizzati e migliorato l'ergonomia di utilizzo degli applicativi da parte del personale, oltre ad agevolare la convergenza dei processi verso un'unica organizzazione.

Continua la formazione sulla cartella clinica elettronica ospedaliera (ARGOS), con lo sviluppo di ulteriori funzioni e sul sistema informativo dei servizi territoriali ASTER-Cloud in uso alle zone distretto per la gestione della cartella sociale integrata, del percorso della Non autosufficienza e della disabilità; tale sistema facilita la presa in carico dei cittadini dalla segnalazione del bisogno alla conclusione del percorso.

Continua inoltre l'investimento su sistemi e gli strumenti informativi per la contabilità, gestione del personale, amministrazione e controllo, quali ad esempio il nuovo applicativo regionale WHR – TIME, il Q-LIK View per la gestione dei dati.

Si svilupperanno nel 2023 tecnologie necessarie al miglioramento dell'assistenza al cittadino e della rete dei servizi, sia a livello ospedaliero che territoriale, in linea con le nuove tecnologie diagnostiche quali l'IntraVascular Ultra- Sound – IVUS, l'OCT (optical coherence tomography), i point-of-care testing (POCT), e tecnologie assistenziali quali HOMEMONITORING: monitoraggio da remoto dei dispositivi impiantabili.

I principali eventi previsti per tale area sono:

- First aid e presa in carico infermieristica: la gestione dell'informazione nei DEA
- HOMEMONITORING: monitoraggio da remoto dei dispositivi impiantabili
- Implementazioni tecnologiche EMMA NUE 112
- IVUS e OCT: nuove tecniche di imaging in emodinamica
- La cartella astercloud WP3 SMA/SMIA: istruzioni per l'uso
- La cartella clinica informatizzata ARGOS: conoscenze di base
- La gestione della cartella informatizzata: revisione ARGOS area chirurgica
- La gestione della cartella informatizzata: revisione ARGOS nel Day Service

- La gestione della cartella informatizzata: revisione ARGOS area medica
- La nuova organizzazione POCT ospedalieri
- Linee guida per l'utilizzo della Cartella informatizzata AsterCloud
- Metodi di geolocalizzazione
- Nuove tecniche di acquisizione Cardio TC
- Organizzazione ed ottimizzazione di processi informatizzati relativi all'applicativo regionale WHR-TIME
- Q-LIK View – AVANZATO
- Q-LIK View – BASE
- Adeguamento emissione documenti e fatture dal software di contabilità agli adempimenti richiesti dalla normativa PAGOPA
- Data Warehouse e Business Intelligence: applicazioni pratiche
- Dedalus QT (Turni)

5.4.7 Il percorso di pianificazione e monitoraggio del Piano Annuale di Formazione

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

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

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

Con periodicità semestrale, la SOC Formazione procede alla verifica intermedia e successivamente finale dello stato di attuazione del piano, avvalendosi di un set di indicatori di seguito riportati,

nonché alla verifica di nuove esigenze, provvedendo, se necessario, ad intervenire con eventuali piani di miglioramento.

5.4.8 Strumenti quantitativi e qualitativi di verifica e monitoraggio del PAF

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

I dati finali sono elaborati e trasmessi ufficialmente alla Regione Toscana ai sensi della DGRT 153/2019 e smi, tramite un documento denominato Relazione Annuale sulla Formazione, che deve essere trasmessa entro il 31 marzo di ogni anno.

Per la parte quantitativa di seguito gli indicatori con i relativi standard minimi di riferimento, dei quali è previsto dalla Regione Toscana:

Tabella 6

| n. | INDICATORI | STANDARD AL 31.12 |
|----|--|----------------------|
| 1 | N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti PAF | ≥ 50% |

Degli ulteriori indicatori di seguito riportati, l'Azienda stessa, per un continuo monitoraggio e miglioramento, ha previsto i seguenti standard:

Tabella 7

| n. | INDICATORI | STANDARD AL 31.12 |
|----|---|----------------------|
| 1 | Personale formato/personale coinvolto ≥ 70% | ≥ 70% |
| 2 | N. partecipazioni agli eventi formativi che hanno acquisito crediti ECM/partecipanti con obbligo ECM | ≥ 80% |
| 3 | Grado di soddisfazione dei discenti | ≥ 3 (range 0 – 5) |
| 4 | N. verifiche di impatto su performance degli operatori realizzate/n. verifiche di impatto previste da PAF | = 100% |
| 5 | N. eventi realizzati/N. eventi totali previsti PAF | ≥ 50% |
| 6 | Personale coinvolto/personale programmato | ≥ 60% |

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

contesti nei quali “investire” sulla valutazione della ricaduta organizzativa, scegliendo le azioni formative maggiormente legate alla realizzazione di obiettivi strategici, progetti di innovazione, nuove politiche.

Altro elemento qualitativo che viene monitorato e rendicontato nella Relazione Annuale sulla Formazione, sono le tipologie formative in generale ed innovative che, a scopo esemplificato, nel PAF 2022 sono state previste come segue:

Tabella 8

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

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

Nel PAF 2023 sono previsti n. 1652 eventi, con n. 4633 edizioni e, in base alla tipologia di formazione, sono distribuite nel seguente modo:

Tabella 9

| TIPOLOGIA FORMATIVA | N. |
|--------------------------------|-----------|
| Audit (Tip. D) | 65 |
| Audit Rischio Clinico (Tip. D) | 10 |

| | |
|---|-------------|
| Blended (Tipo A + Tipo B) (Tip. E) | 21 |
| Blended (Tipo A + Tipo C) (Tip. E) | 10 |
| Blended (Tipo A + Tipo D) (Tip. E) | 1 |
| Blended (Tipo C + Tipo B) (Tip. E) | 6 |
| Blended (Tipo C + Tipo C)- Flipped classroom (Tip. E) | 1 |
| Comunità di apprendimento o di pratica (Tip. D) | 19 |
| Conferenze clinico-patologiche/assistenziali (Tip. D) | 1 |
| Convegno, Congresso, Simposio, Conferenza (Tip. A) | 7 |
| Corso (Tip. A) | 524 |
| E-learning (FAD) (Tip. C) | 37 |
| FAD sincrona (Tip. C) | 98 |
| Focus Group (Tip. D) | 1 |
| M e M (Tip. D) | 109 |
| Ricerca (Tip. F) | 8 |
| Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento (Tip. D) | 461 |
| Seminario, Giornata di studio, Consensus meeting (Tip. A) | 149 |
| Simulazione (DGR 254/2013) (Tip. D) | 8 |
| Tirocinio, Stage (Tip. B) | 8 |
| TOJ, Addestramento pratico (Tip. B) | 92 |
| Videoconferenza (Tip. G) | 16 |
| TOTALE | 1652 |

In sintesi gli eventi previsti che rientrano nelle tipologie innovative, sul totale eventi, sono:

Tabella 10

| N. eventi FSC (Tipo B + Tipo D) | N. eventi Comunità di pratica | N. eventi FAD | N. eventi Blended | N. eventi Ricerca | Totale N. eventi rispondenti a tipologie innovative | % sul totale eventi previsti nel PAF |
|---------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------|-------------------|---|--------------------------------------|
| 755 | 19 | 135 | 39 | 8 | 956 | 57,87% |

5.4.9 Formazione a distanza

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

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

L'Azienda USL Toscana Centro si è dotata degli strumenti necessari per bypassare le criticità di erogare la formazione in presenza. Grazie alle piattaforme acquisite, GoToWebinar e GoToMeeting, i professionisti hanno avuto la possibilità di seguire i corsi da qualsiasi luogo, di interagire con i

docenti in tempo reale e di condividere contenuti con persone situate a distanza. Anche la semplicità di utilizzo è un elemento da tenere in considerazione infatti, per fruire dei corsi non sono state necessarie specifiche competenze informatiche, ma sufficiente disporre di una connessione internet e di una strumentazione idonea alla ricezione di informazioni. Questa metodologia didattica si è rivelata una scelta strategica anche dal punto di vista economico, non solo per l'azienda ma anche per il dipendente che evita lunghi e onerosi spostamenti per recarsi nei luoghi di formazione tradizionali.

5.4.10 Risorse finanziarie

Per l'anno 2023 l'Azienda USL Toscana Centro ha previsto un investimento pari ad € 1.500.000,00 e sono così suddivisi:

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

I dati sopraesposti sono suddivisi e riepilogati nella tabella seguente:

Tabella 11

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

6. MONITORAGGIO

6.1 Monitoraggio valore pubblico e della performance

Monitorare l'attività generata dall'Azienda mediante le proprie azioni e il relativo costo, si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti, negli ambiti delineati dalle strategie aziendali, a livello di struttura a cui sono stati assegnati degli obiettivi operativi di attività e di gestione dei costi. Verificare periodicamente se gli obiettivi prefissati sono raggiungibili o meno è necessario per porre in essere delle eventuali azioni correttive per permettere a fine dell'anno il loro raggiungimento o una rimodulazione.

Il calcolo puntuale relativo ai singoli indicatori avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali ed elaborandoli tramite vari strumenti di analisi e in particolare integrando le banche dati nel Dataware House Aziendale.

Nell'Azienda è stata strutturata una piattaforma web, denominata WAB, nella quale sono presenti i principali indicatori sanitari consultabili in ogni momento dai direttori di struttura. Con cadenza bimestrale vengono caricati i valori dei diversi indicatori non calcolabili in tempo reale (indicatori che si basano su fonti dati non direttamente disponibili).

Parallelamente al monitoraggio degli obiettivi di Budget delle strutture operative si svolge il monitoraggio relativo alla produzione di attività, assicurato dalla realizzazione di reportistica periodica, con lo scopo di rilevare con tempestività eventuali criticità e di intervenire tempestivamente, coinvolgendo i diretti interessati, per ripristinare il normale processo produttivo. Sul fronte del governo della spesa e del raggiungimento degli obiettivi economici prefissati, si utilizza la reportistica ottenuta dal DWH aziendale (denominato Oslo) con il quale viene elaborata la contabilità analitica, fonte primaria per la gestione economica aziendale. Tramite questa procedura, vengono alimentati e prodotti mensilmente dei report di controllo della spesa che vengono inviati a tutte le strutture aziendali titolari di budget economico e, trimestralmente, si realizzano report di monitoraggio degli specifici obiettivi e delle azioni di appropriatezza farmaceutica, aventi lo scopo di mostrare a livello di centro di responsabilità, la gestione complessiva di tutte le risorse utilizzate, suddivise per conto economico, e del valore prodotto. Si tratta di documenti in corso di sviluppo che al momento sono alimentati dai soli costi ma che, a tendere, saranno composti sia da costi che da ricavi, al pari di un qualsiasi Bilancio.

Al fine di migliorare gli strumenti informativi a supporto delle decisioni dei responsabili aziendali, un obiettivo aziendale è quello di realizzare una sempre più forte integrazione tra le informazioni relative sull'attività e quelle relative alle risorse assorbite (costi), sviluppando, in particolare, sistemi di reportistica e condivisione delle informazioni attraverso datawarehouse aziendale.

Il monitoraggio e la valutazione sono diversi a seconda del tipo di obiettivo assegnato: gli obiettivi assegnati sono infatti di due tipi: quantitativi e qualitativo/ documentali

Gli obiettivi quantitativi sono verificabili attraverso una serie di indicatori numerici e si riferiscono a volumi di attività, di costo, misure di processo e di esito. Gli obiettivi di natura qualitativa/documentale sono verificati dai direttori di struttura con certificazione di documenti/report e di produzione di allegati. Gli obiettivi traggono origine da documenti d'indirizzo e programmazione regionale e nazionale. Comprendono anche elementi di gestione del personale attraverso le strategie di sviluppo professionale e dei dirigenti afferenti alla struttura. Gli obiettivi si articolano attraverso l'integrazione dei piani di consolidamento e sviluppo aziendale e

attraverso la normativa che per i prossimi anni sarà alla base della programmazione annuale. Gli indicatori utilizzati derivano dal Piano Integrato Socio Sanitario Regionale, dal Nuovo Sistema di Garanzia, dai livelli essenziali di assistenza (Nuova griglia LEA), dal sistema di valutazione della performance del Sistema Sanitario Regionale realizzato del laboratorio MES, della Scuola Superiore S. Anna di Pisa. Altri obiettivi sono mediati dal Piano regionale per l'osservazione degli esiti PROSE dell'agenzia regionale di sanità Toscana, per presidiare l'efficacia delle cure attraverso la misura degli esiti. Infine gli obiettivi di efficienza del sistema derivano dallo sviluppo della Gestione Operativa per la messa a flusso del percorso chirurgico, del percorso ambulatoriale e del percorso per il ricovero urgente o in elezione.

Per gli obiettivi quantitativi sono definite tre modalità di misurazione:

- Standard interni. Tale approccio è utile a creare un sistema di benchmarking interno ed è poco influenzato da variabili esterne al sistema, infatti tutte le strutture hanno la medesima esposizione agli eventuali elementi di perturbazione. Lo standard di riferimento è migliore performance all'interno della nostra azienda tra discipline omogenee, che diviene il risultato atteso di riferimento, a cui sarà attribuito il 100% di raggiungimento. Gli scostamenti rispetto allo standard, sempre misurati in centili, rappresenteranno il livello di attribuzione di quell'obiettivo. Ad esempio: se la Struttura A ha un valore 7,2 in un obiettivo con andamento crescente, dove per ipotesi, la miglior performance ha un valore di 8, avrà raggiunto l'obiettivo al 90% e quindi gli verrà attribuito il 90% del peso di quello specifico obiettivo. È la tipica modalità di misurazione degli obiettivi economici di costo rilevati da strumenti interni (contabilità generali ed analitica).
- Standard derivanti da normative cogenti: dove prevista una soglia definita da una istituzione europea, nazionale, regionale, il raggiungimento dell'obiettivo è valutato rispetto al raggiungimento dello standard. Ad esempio: volumi soglia di interventi per la chirurgia del tumore della mammella che ne garantiscano la qualità dell'esito.
- Standard derivanti da sistemi di valutazione terzi: Il sistema di valutazione delle performance regionale, sviluppato dal laboratorio di management e sanità (MeS) dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ne rappresenta il prototipo. Nelle fattispecie, ove sia applicabile, si procede valutando il target a livello aziendale (o di stabilimento) rispetto al network delle aziende regionali (bersaglio del MeS) e si attribuisce una valorizzazione basata su quella del sistema di valutazione delle performance. Fascia migliore 100% del peso relativo, a seguire 80%, 60% per fascia intermedia, 40% a seguire e 20% per la fascia peggiore.

Gli obiettivi qualitativo/ documentali sono valutati in base al materiale pervenuto. La valutazione è fatta in doppio da due valutatori attribuendo al peso dell'indicatore i coefficienti della tabella. Eventuali valutazioni discordanti tra i due valutatori sono discusse fino al raggiungimento dell'accordo.

Tabella 12. criteri di valutazione degli obiettivi qualitativo/ documentali

| Caso | Coefficiente |
|--|--------------|
| La documentazione prodotta testimonia il raggiungimento del target ovvero viene prodotta una giustificazione plausibile e non imputabile a struttura giudicata in caso di mancato raggiungimento | 1,0 |
| Target non pienamente raggiunto. Si evidenzia comunque dalla documentazione | 0,75 |

| | |
|---|-------------|
| che sono state messe in atto azioni concrete orientate al perseguimento dell'obiettivo. | |
| Target parzialmente raggiunto e/o documentazione prodotta non idonea a valutare il pieno raggiungimento. | 0,50 |
| Target non raggiunto e/o documentazione non idonea a valutarne il raggiungimento. Dalla documentazione si evince tuttavia che sono state messe in atto azioni orientate al perseguimento dell'obiettivo, senza tuttavia ottenere risultati. | 0,25 |
| Documentazione mancata o non idonea alla valutazione e nessuna azione intrapresa nella direzione del raggiungimento del target. | 0 |

Il monitoraggio in continuo è effettuabile su specifica piattaforma “web application”, accessibile da rete intranet aziendale. Il monitoraggio intermedio è previsto di norma tra giugno e agosto e il Comitato Budget (costituito da delegati di staff e tecnostrutture aziendali), insieme alla Direzione Sanitaria, in tale circostanza, tenuto conto dell'andamento degli obiettivi, può incontrare i Direttori di Dipartimento, di Area e i Direttori di struttura, al fine di discutere dello stato di avanzamento e supportare i Direttori a individuare eventuali interventi correttivi finalizzati al riallineamento e raggiungimento degli obiettivi. Nel caso di significative variazioni all'esterno o all'interno dell'azienda, che richiedono la revisione di uno o più obiettivi già assegnati, il Comitato Budget, sentiti di Dipartimenti interessati e la Direzione Aziendale, può eccezionalmente disporre la modifica motivata di obiettivi corso d'opera.

6.2 Monitoraggio Anticorruzione

Per il monitoraggio relativo ai rischi corruttivi e trasparenza si rimanda alla specifica sezione del presente documento.

7. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.** «Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi»
- D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.** «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421»
- D. Lgs 30 luglio 1999 n° 300** «Riforma dell'organizzazione del governo, a norma dell'articolo 11 della Legge 15 marzo 1997 n° 59 e successive modificazioni»
- Legge 27 marzo 2001, n. 97 e s.m.i.** «Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni»
- D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.** «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche»
- Art. 54-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.** «Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti»
- D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.** «Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE»
- Legge Regionale Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i.** «Disciplina del servizio sanitario regionale»
- D.Lgs. 21 novembre 2007, n. 231 e s.m.i.** «Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminali e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione»
- D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 e s.m.i.** «Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni»
- D.Lgs. 1 agosto 2011 n. 141** Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività

del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, a norma dell'articolo 2, comma 3, della legge 4 marzo 2009, n. 15.

- Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i.** «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione»
- D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i.** «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»
- D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 e s.m.i.** «Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190»
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e s.m.i.** «Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»
- Decreto Legge 24 giugno 2014 n. 90** «Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari». Il decreto ha trasferito (vedi art. 19, comma 9) le funzioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione in materia di misurazione e valutazione della performance, di cui agli articoli 7, 8, 9, 10, 12, 13 e 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, al Dipartimento della funzione pubblica.
- Legge 7 agosto 2015 n. 124** «Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche».
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015** «Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione»
- Regolamento UE 2016/679** «Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE»
- D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i.** «Codice dei contratti pubblici»
- D.P.R. 9 maggio 2016 n. 105** Regolamentazione delle funzioni del Dipartimento della

funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni.

Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016

«Piano Nazionale Anticorruzione 2016»

Legge 30 novembre 2017, n. 179

«Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato»

Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019

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

Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019

«Piano Nazionale Anticorruzione 2019»

Decreto Ministeriale 6 agosto 2020

«Istituzione dell'Elenco nazionale dei componenti degli Organismi indipendenti di valutazione della performance» e relativo Allegato A sui criteri di assegnazione dei crediti formativi.

D.L. 31 maggio 2021, n. 77 e s.m.i.

«Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure»

D.L. 9 giugno 2021, n. 80 e s.m.i.

«Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia»

Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021

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

Legge 6 agosto 2021, n. 113

«Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza

- della giustizia»
- D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81** «Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione»
- D.M. 30 giugno 2022, n. 132** «Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione»
- Delibera ANAC n. 7 del 17 gennaio 2023** «Piano Nazionale Anticorruzione 2022»

8. DEFINIZIONI

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

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

9. ALLEGATI

Allegato 1 – Catalogo dei processi e registro dei rischi

Allegato 2 – Tabella degli obblighi di trasparenza

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

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

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

Allegato 6 – Linee guida sulla rotazione ordinaria e straordinaria

Allegato 7 – Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2022-2024

ALLEGATO 1 – CATALOGO DEI PROCESSI E REGISTRO DEI RISCHI

INDICE DEI PROCESSI

| Codice | Nome del processo |
|---------------|--|
| APICDG001 | Ciclo Attivo |
| APICDG002 | Ciclo Passivo - Gestione Fornitori |
| APICDG003 | Predisposizione bilancio esercizio |
| APICDG004 | Contabilità generale conto terzi |
| APICDG005 | Analisi dati attività sanitaria |
| APICDG006 | Programmazione economica aziendale, monitoraggio e reporting |
| APICDG007 | Contabilità Analitica |
| APICDG008 | Negoziante e valutazione obiettivi economici di budget |
| APICDG009 | Programmazione Operativa (Chirurgia Elettiva – Produzione Ambulatoriale “Modello Competitivo” - Dimissioni Complesse) |
| ARETEC001 | Affidamento diretto di forniture e servizi (ivi compresi i servizi di architettura ed ingegneria) di importo inferiore ad € 139.000,00 - sulla base del solo prezzo o del prezzo e di elementi qualitativi (in deroga all'art. 36 comma 2 e art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021) |
| ARETEC002 | Affidamento diretto di lavori di importo inferiore ad € 150.000,00 - sulla base del solo prezzo o del prezzo e di elementi qualitativi (in deroga all'art. 36 comma 2 e art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021) |
| ARETEC004 | Seeservi ivi compresi i servizi di ingegneria e di architettura da euro 139.000,00 fino alla soglia di cui all'art. 35 del D. Lgs. 50/2016 e ss.mm. - procedura negoziata - criterio minor prezzo e OEPV (in deroga all'art. 36 comma 2 e all'art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021) |
| ARETEC006 | Dismissione, alienazione e donazioni beni mobili di proprietà |
| DECENT001 | Concessione contributi per parrucche, modifica strumenti di guida per disabili, metodo riabilitativo Doman e Fay per disabili, trattamenti dialitici domiciliari, trasporto con mezzo proprio per dialisi ospedaliera e rimborsi per trapianti fuori Regione |
| DECENT002 | Concessione contributi per malattie rare, contributi per cure climatiche per disabili, assegno di cura per la SLA |
| DECENT003 | Quota Sanitaria RSA/RSD |
| DECENT004 | Gestione amministrativa del paziente odontoiatrico |
| DECENT005 | Inserimenti utenti SERD in Strutture comunità residenziali e semi-residenziali (parte amministrativa) |
| DECENT006 | Gestione dei contratti di appalto di servizi socio sanitari |
| DECENT007 | Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi (parte amministrativa) |
| DECENT008 | Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale /Contributi per rette eterofamiliari per utenti della UF Salute Mentale (parte amministrativa) |
| DECENT009 | Gestione amministrativa protesi e ausili |
| FARMAC002 | Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali |
| FARMAC003 | Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie |
| MEDFIS001 | Percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione (Percorso 3 DGRT 595/05) |
| MEDFIS002 | Percorso assistenziale di riabilitazione con individuazione del setting di ricovero riabilitativo residenziale o semiresidenziale |
| PREVEN002 | Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili) |
| PREVEN004 | Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature |
| PREVEN010 | Rilascio di certificazione in Area Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro |
| PREVEN011 | Attività di Prevenzione, Educazione e Promozione della Salute rivolta alla popolazione con particolare riferimento alla comunità scolastica di ogni ordine e grado |
| RETOSP004 | Gestione delle infezioni correlate all'assistenza, antibioticoresistenza, sepsi nell'ambito delle attività indicate dal Team AID |
| RISUMA002 | Conferimento incarichi collaborazione |
| RISUMA004 | Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (Atto negoziale e scheda Allegato A) |
| RISUMA005 | Rilevazione e liquidazione compensi attività LP intramuraria ambulatoriale (compresa LP domiciliare / fuori regione / veterinari studi privati) |
| RISUMA006 | Avvio, modifica e rendicontazione della Libera Professione Intramuraria resa in qualità specialista in medicina del lavoro o "medico competente", ai sensi del D. Lgs 81/2008. |
| RISUMA007 | Conferimento incarichi ex art. 15 septies c.1 e c.2 D.Lgs 502/92 |
| STAFDA001 | Ricezione, controllo e liquidazione delle Distinte Riepilogative Contabili (DCR) emesse dalle farmacie convenzionate |
| STAFDA002 | Elaborazione PTPCT |

INDICE DEI PROCESSI

| Codice | Nome del processo |
|---------------|--|
| STAFDA003 | Gestione delle segnalazioni dei whistleblowers |
| STAFDA004 | Accesso civico semplice |
| STAFDA005 | Riesame del diniego, totale o parziale, o della mancata risposta, all'istanza di accesso civico generalizzato e del provvedimento di rigetto dell'opposizione motivata del controinteressato |
| STAFDA006 | Gestione degli adempimenti di trasparenza |
| STAFDA007 | Gestione del rischio, analisi e monitoraggio |
| STAFDA008 | Recepimento delle donazioni liberali e delle disposizioni mortis causa |
| STAFDA009 | Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali |
| STAFDA010 | Gestione procedure d'acquisto di beni e servizi sotto i 40.000,00 Euro |
| STAFDA011 | Gestione forniture di apparecchi elettromedicali |
| STAFDA012 | Gestione noleggi sanitari |
| STAFDS001 | Controlli su strutture accreditate - Ricoveri |
| STAFDS002 | Controlli su strutture accreditate (Ambulatoriale) |
| STAFDS003 | Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit) |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Ciclo Attivo |
| Area di rischio: | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio |
| Processi connessi: | APICDG002 e APICDG003 |
| Codice: | APICDG001 |
| DIR: | Valeria Favata |
| Struttura del DIR: | Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione |
| RESP: | Fulvio Principe |
| Struttura del RESP: | SOC Clienti |
| Data di aggiornamento: | 21/12/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|---|---|---|--|-------------------------------|
| Dipartimento Prevenzione, Dipartimento Accreditalamento, Direzioni sanitarie, ESTAR, privati. | Atti amministrativi da parte dei responsabili | Il ciclo attivo dell'azienda si manifesta tramite le seguenti tipologie di ricavi: Contributi in c/esercizio; fondi e altri contributi regionali, statali e di soggetti diversi pubblici o privati; ricavi a gestione diretta: da ticket, dai proventi derivanti dall'erogazione di prestazioni sanitarie, da altri ricavi e proventi e dai costi capitalizzati. La tipologia dei ricavi è classificata in base agli schemi di bilancio previsti dalla normativa vigente e dalle indicazioni regionali. Le fasi di gestione del ciclo attivo sono le seguenti: 1) rilevazione e contabilizzazione del ricavo e del credito; 2) riscossione e sua contabilizzazione. | Fatture, ricevute, ordinativi d'incasso, distinte, bollettini c/postali. | Ditte, Enti pubblici, privati |

| 2 – ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|---|---|---|-----------------------------------|---|--|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|--|----------|------|----------------------|--|--|--|--|--|
| APICDG001 - Ciclo Attivo - 21/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | | CI | | | | | | |
| 1 | Rilevazione e contabilizzazione del ricavo e del credito per fatture emesse dalla S.O.C. Clienti. | La rilevazione del ricavo e del credito avvengono tramite l'emissione di fatture e di documenti interni sulla base di idonea documentazione (trasmessa in modalità tracciabile da parte della struttura erogante la prestazione o dalla struttura che gestisce il contratto e/o la convenzione ai sensi della normativa vigente) che permetta di appurare: 1) La ragione del credito; 2) La sussistenza di idoneo titolo giuridico; 3) Il soggetto debitore; 4) L'importo e la scadenza del credito. L'emissione della fattura è preceduta da verifica della completezza dei dati e da verifica del regime fiscale. | Personale S.O.C. Clienti oltre a personale dei Servizi territoriali (Prevenzione, Sociale, Medicina legale ecc...) e Servizio al Cittadino | Principi Contabili dei dottori commercialisti; Casistica per l'applicazione dei principi contabili per le Aziende Sanitarie della Regione Toscana aggiornata al 26/03/2018; DPR 633/72 ; Codice Civile. | La mancanza di integrazione tra i software gestionali dei servizi richiedenti (Servizi territoriali (Prevenzione, Sociale, Medicina legale ecc...), Servizio al Cittadino) e la struttura che deve emettere la fattura, rende possibile il rischio che l'operatore del servizio richiedente possa non trasmettere la richiesta di fatturazione e il rischio che l'operatore che deve emetterla non lo faccia. | Mancanza di controlli Mancanza di integrazione tra i software gestionali dei servizi richiedenti e della struttura che deve emettere la fattura. | Medio | Il livello di rischio è stato valutato medio perché risulta media la probabilità di accadimento a causa dell'assenza di controlli e medio l'impatto economico reputazionale | Non essendo percorribile la strada dell'integrazione dei software gestionali dei servizi richiedenti e della struttura che deve emettere la fattura, si previene il rischio attraverso la tracciabilità: La richiesta di fatturazione da parte del servizio che eroga la prestazione o della struttura che gestisce il contratto e/o la convenzione, deve pervenire alla struttura che dovrà emetterla via mail o con altre forme tracciabili. Per contro la struttura che emette la fattura richiesta deve comunicare, sempre via mail, o con altre forme tracciabili, gli estremi della fattura emessa oppure allegare il PDF della stessa. | X | | | | | | | | | Trasmissione semestrale di un report delle fatture emesse alle strutture richiedenti (SI/NO) | SI | RESP | Annualmente al 31/12 | | | | | |
| 2 | Riscossione e sua contabilizzazione | La riscossione prevede l'emissione di un ordinativo d'incasso predisposto in base all'accertato pagamento. L'ordinativo è emesso su supporto informatico e firmato digitalmente. La contabilizzazione della riscossione avviene con l'emissione della distinta (contenente l'elenco degli ordinativi emessi). La distinta viene trasmessa digitalmente al Tesoriere. | Personale S.O.C Clienti per tutte le entrate di propria competenza. | L'ordinativo d'incasso deve essere agganciato al Provvisorio d'entrata risultante in banca. Una o più reversali devono andare a regolarizzare l'intero importo del provvisorio bancario. In merito ai pagamenti su CCP la somma viene accreditata al conto intestato all'Azienda Sanitaria e periodicamente si provvede a riversare gli incassi complessivi del periodo sul conto di tesoreria. Per i pagamenti On line, attraverso strumentazione informatica si effettuano delle verifiche di rispondenza fra incassato e registrato sui vari gestionali (E-commerce per i POS, Iris e Brain per i Totem, Iris per i pagamenti on line). Le somme incassate vengono poi riversate sul conto di tesoreria generando dei provvisori di entrata da regolarizzare | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Ciclo Passivo - Gestione Fornitori |
| Area di rischio: | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio |
| Processi connessi: | |
| Codice: | APICDG002 |
| DIR: | Valeria Favata |
| Struttura del DIR: | Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione |
| RESP: | Romina Cardarelli Tozzi |
| Struttura del RESP: | SOC Fornitori |
| Data di aggiornamento: | 13/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|---|--|--|--|
| Uffici Liquidatori appartenenti ai Centri Destinatari indicati nell'apposito allegato della procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento | Fatture elettroniche e cartacee, Ricevimenti firmati digitalmente | Il ciclo passivo, come processo relativo al Ricevimento e Pagamento delle fatture, svolto dalla SOC Fornitori, comprende la ricezione delle fatture e relativa protocollazione. L'abbinamento delle fatture ai ricevimenti firmati digitalmente previo controllo da parte degli uffici liquidatori della regolarità della fornitura e come fase finale l'emissione dell'ordinativo di pagamento. | Ordinativi di pagamento, eventuali contestazioni e/o richieste note di credito | Fornitori di beni e servizi pubblici e privati |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|-------------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|---|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| APICDG002 - Ciclo Passivo - Gestione Fornitori - 13/01/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | |
| 1 | Ricezione e registrazione fattura | Il personale della SOC Fornitori addetto alla protocollazione riceve le fatture in archivio temporaneo, presente nell'applicativo contabile, procede alla contabilizzazione e all'attribuzione ai Centri Destinatari competenti entro 15 gg dalla data di ricezione sullo SDI (Sistema di Intercambio), previa verifica della correttezza dei requisiti formali di cui all'art. 21 DPR 633/72. Procede inoltre all'eventuale rifiuto qualora ricorrono i casi previsti dal Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020. Per quanto riguarda alcune attività (per esempio fatture estere), le fatture sono ancora cartacee; queste vengono protocollate e contabilizzate con la stessa modalità, anche per quanto riguarda le fasi successive del processo. | Personale SOC Fornitori addetto alla protocollazione (vedi procedura interna PAC 0600 Ricevimento e pagamento, adottata con Delibera DG 494 del 09/04/2021) | La PROTOCOLLAZIONE della fattura avviene dopo la positiva verifica della correttezza dei requisiti formali di cui all'art. 21 DPR 633/72. Il RIFIUTO della fattura avviene nei casi previsti dal Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020 ovvero: - fattura elettronica riferita ad una operazione che non è stata posta in essere in favore del soggetto destinatario della trasmissione; - omessa o errata indicazione del Codice Identificativo di Gara (CIG) o del Codice univoco di Progetto (CUP); - omessa o errata indicazione del codice di repertorio; - omessa o errata indicazione del codice di Autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Acquisizione del Ricevimento firmato digitalmente | Il personale della SOC Fornitori acquisisce il Ricevimento da parte degli Uffici Liquidatori che attestano la regolarità della fornitura e la regolarità contributiva del fornitore - DURC (e per i beni inventariabili anche il carico del cespite nell'applicativo contabile), con le modalità previste dalla procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento, adottata con delibera DG 494 del 09/04/2021, verificando che lo stesso sia firmato digitalmente dal Dirigente responsabile dell'Ufficio Liquidatore o da PO delegata. Gli Uffici Liquidatori sono le strutture competenti ad effettuare ordine e ricevimento nell'applicativo contabile. Gli Uffici Liquidatori sono identificati con un codice, Centro Destinatario, che identifica ogni struttura. L'elenco dei Centri Destinatari è allegato alla medesima procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento. Si specifica che la correttezza del ricevimento è di responsabilità esclusiva degli Uffici Liquidatori. | Personale SOC Fornitori addetto alla liquidazione e all'emissione del mandato di pagamento | Normativa specifica Procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento adottata con delibera DG 494 del 09/04/2021; DLGS 192 del 09/11/2021 "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2001/77/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180". | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Abbinamento Fattura/Ricevimento ed emissione mandato di pagamento | Il personale della SOC Fornitori addetto alla fase in oggetto, procede all'abbinamento della fattura con i relativi ricevimenti firmati digitalmente ed alla successiva emissione del mandato di pagamento nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente, qualora il ricevimento sia stato fatto nei termini sopraindicati. | Personale SOC Fornitori addetto alla liquidazione e all'emissione del mandato di pagamento (vedi procedura interna PAC 0600 Ricevimento e pagamento) | Normativa specifica Procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento adottata con delibera DG 494 del 09/04/2021; DLGS 192 del 09/11/2021 "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2001/77/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180". | Esiste il rischio che l'Operatore della SOC Fornitori possa dare la precedenza al pagamento ad un fornitore anziché ad un altro, a parità di data di scadenza della fattura. | Mancaanza di regolamentazione | Medio | Prevedere un sistema di regolamentazione/controllo interno al processo sulle decisioni/attività che metta a confronto la data di liquidazione della fattura (Abbinamento Fattura/Ricevimento) con la data di emissione del mandato di pagamento | X | | X | | | | | Adozione di un regolamento/sistema di controllo interno che verifichi i tempi intercorrenti dalla data di liquidazione alla data di pagamento delle fatture con verifica quadrimestrale da effettuarsi entro la fine del mese successivo di ogni quadrimestre (SI/NO) | SI | RESP | 30/06/23 | | |
| 4 | Mancato abbinamento ricevimento e fattura | Nel caso in cui non sia possibile l'abbinamento tra ricevimento e fattura per mancanza del ricevimento dovuto a contestazione con il fornitore e/o richiesta nota di credito o per ricevimento difforme dal totale della fattura, il personale della SOC Fornitori addetto inserisce alla fattura lo stato bloccato e, in caso di sbilancio tra fattura e ricevimento, verifica in collaborazione con gli Uffici Liquidatori, le motivazioni del mancato ricevimento o dello scostamento nell'importo tra ricevimento e fattura. | Personale SOC Fornitori addetto alla liquidazione e all'emissione del mandato di pagamento (vedi procedura interna PAC 0600 Ricevimento e pagamento) | Normativa specifica Procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento adottata con delibera DG 494 del 09/04/2021; DLGS 192 del 09/11/2021 "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2001/77/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180". | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Monitoraggio mensile debiti | Al fine di garantire il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente, la SOC Fornitori invia periodicamente a tutti gli Uffici Liquidatori l'elenco delle fatture scadute e non liquidate suddivise per centro destinatario, richiedendo agli Uffici Liquidatori le motivazioni per le quali le fatture non sono state liquidate e copia della documentazione attestante la causa della mancata liquidazione. L'elenco verrà sottoposto periodicamente alla Direzione Amministrativa. | Personale della SOC Fornitori addetto al monitoraggio debiti | Normativa specifica Procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento adottata con delibera DG 494 del 09/04/2021; DLGS 192 del 09/11/2021 "Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2001/77/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'articolo 10, comma 1, della legge 11 novembre 2011, n. 180". | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Predisposizione bilancio esercizio |
| Area di rischio: | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio |
| Processi connessi: | APICDG001, APICDG002 |
| Codice: | APICDG003 |
| DIR: | Valeria Favata |
| Struttura del DIR: | Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione |
| RESP: | Antonio Campostrini |
| Struttura del RESP: | SOC Contabilità Generale |
| Data di aggiornamento: | 31/12/2021 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|---|--|---|--|--|
| Soggetti esterni e strutture amministrative interne all'Azienda | <p>1) Atti amministrativi da parte dei vari servizi amministrativi e documentazione rimessa dai vari fornitori (fatture);</p> <p>2) Conta fisica delle rimanenze di beni presenti in Azienda alla fine dell'anno solare e valorizzazione delle stesse al costo medio ponderato;</p> <p>3) Inventario dei cespiti ammortizzabili e scritture contabili aziendali;</p> <p>4) Provvedimenti amministrativi che certificano gli importi da erogare per la contabilizzazione degli stipendi;</p> <p>5) Contributi vincolati, finalizzati, per investimenti e quote di FSR indistinto.</p> | <p>La redazione del bilancio di esercizio è l'atto finale di un articolato processo che prevede sia la rilevazione delle operazioni poste in essere tra l'Azienda e i terzi nel corso del periodo amministrativo, sia le rilevazioni effettuate al termine dell'esercizio necessarie per attribuire il valore ai componenti reddituali (costi e ricavi) sulla base della competenza economica, determinando conseguentemente anche il valore attribuibile agli elementi patrimoniali attivi e passivi. Il processo di rilevazione viene attuato mediante l'utilizzo:</p> <p>1) del "metodo della partita doppia", che consente di rilevare le operazioni aziendali sotto un duplice aspetto (finanziario ed economico);</p> <p>2) del "conto", che rappresenta un prospetto grafico a due sezioni destinato ad accogliere valori che rappresentano le variazioni dei due aspetti oggetto di esame (finanziario/numerario ed economico) conseguenti agli accadimenti aziendali oggetto di rilevazione.</p> <p>Le registrazioni contabili sono effettuate a cura delle strutture SOC Clienti, SOC Fornitori, SOS Fiscale e SOC Contabilità Generale sulla base della documentazione proveniente dall'esterno (fornitori-clienti) o dall'interno dell'Azienda (cioè dalle varie SOC/SOS attraverso la procedura degli ordini e dei ricevimenti, le quadrature stipendiali, ecc.).</p> <p>Al termine dell'esercizio la SOC Contabilità Generale (principalmente) integra tali valori con le scritture di assestamento e rettifica come ad esempio la rilevazione delle scorte, gli ammortamenti e le sterilizzazioni, gli accantonamenti ai fondi rischi e oneri, i ratei e risconti, le fatture da ricevere, ecc.</p> <p>Il bilancio di esercizio è redatto secondo gli schemi dettati dalla normativa nazionale e regionale con riferimento all'anno solare. Il documento del bilancio di esercizio include: lo schema di Stato Patrimoniale; lo schema di Conto Economico; il rendiconto finanziario; la nota integrativa; i modelli SP e CE dell'anno di riferimento e dell'anno precedente; il prospetto dei dati Siope (Sistema informativo delle operazioni degli enti pubblici) e delle disponibilità liquide; il prospetto dei flussi di cassa; l'attestazione dei tempi di pagamento; il prospetto delle attività sociali; la relazione sulla gestione da parte del Direttore Generale.</p> <p>L'Azienda redige il bilancio d'esercizio al fine di rilevare il risultato della gestione e la composizione del Patrimonio aziendale per effetto della gestione stessa. Esso viene redatto rispettando i principi generali, i postulati e i principi di valutazione dettati dalla normativa nazionale e regionale per il settore sanitario.</p> | <p>Delibera di adozione del bilancio e relativi allegati</p> <p>Libro giornale</p> <p>Libro inventario</p> | <p>Ditte, Enti pubblici, privati</p> <p>Collegio Sindacale</p> |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|----------------------|--------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| APICG003 - Predisposizione bilancio esercizio - 31/12/2021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | |
| 1 | Delibera di adozione del bilancio dell'esercizio | Adozione dell'atto deliberativo avente come allegati lo schema di Stato Patrimoniale; lo schema di Conto Economico; il rendiconto finanziario; la nota integrativa; i modelli SP e CE dell'anno di riferimento e dell'anno precedente; il prospetto dei dati Soipa (Sistema Informativo delle operazioni degli enti pubblici) e delle disponibilità liquide; il prospetto dei flussi di cassa; l'attestazione dei tempi di pagamento; il prospetto delle attività sociali e la relazione sulla gestione da parte del Direttore Generale. Tale atto deve essere adottato entro il 15 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, tuttavia, poiché la predisposizione di tale atto è comunque legata ad attività effettuate da altre strutture aziendali, al parere sulla congruità dei Fondi da parte del Collegio Sindacale e alla delibera di assegnazione definitiva di FSR da parte della Regione Toscana, essa può anche avvenire in tempi successivi indipendentemente dalla volontà della SOC Contabilità Generale | SOC Contabilità Generale | La normativa regionale (L.R. 40/2005 e successive modifiche ed integrazioni) prevede l'adozione del bilancio di esercizio entro il 15 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento secondo gli schemi previsti dal Decreto Lgs 118/2011 e smi. La Regione Toscana ha inoltre fornito ulteriori disposizioni in materia di contabilità delle Aziende Sanitarie attraverso un'apodda casistica per l'applicazione per l'applicazione dei principi dell'Albi di assegnazione definitiva di FSR da parte della Regione Toscana, essa può anche avvenire in tempi successivi indipendentemente dalla volontà della SOC Contabilità Generale | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Rilevazione delle scorte di fine esercizio | A fine anno viene effettuata la rilevazione delle scorte attraverso la conta fisica dei beni presenti nelle varie strutture aziendali. La rilevazione delle scorte non viene effettuata solo nei magazzini economici e farmaceutici (nei quali esiste una procedura di magazzino che fornisce comunque una giacenza contabile da correggere in base alle giacenze fisiche rilevate), ma anche all'interno dei vari reparti ospedalieri e dei presidi territoriali dell'Azienda. Tale inventario, detto anche "analitico", viene svolto da personale afferente alla singola struttura aziendale oggetto di rilevazione, poiché presuppone l'utilizzo di personale esperto che conosca la natura e la localizzazione dei beni in giacenza. Tale personale provvede a contare e annotare le rimanenze dei vari beni su apposite schede di controllo e poi le inserisce su specifici gestionali aziendali. La SOC Contabilità Generale acquisisce i dati da tali gestionali ed effettua controlli per evitare possibili errori di trascrizione del dato o quantificazioni sovrastimate per errori nella scelta dell'unità di misura. Tali controlli sono effettuati mettendo a confronto le quantità scaricate nell'esercizio con quelle in giacenza e sono focalizzati soprattutto su prodotti quali kit, strisce, fiale, ecc.) o con unità di misura a confezioni. La rilevazione viene effettuata al 31/12 di ogni anno e le fasi di inserimento del dato in procedura, di analisi e correzione delle anomalie e di contabilizzazione delle scorte deve essere completata prima della chiusura dell'esercizio di riferimento. La valorizzazione delle rimanenze è effettuata al prezzo medio ponderato. | SOC Contabilità Generale | art. 2423 e seguenti codice civile D.Lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Quadratura fra registro dei cespiti ammortizzabili e contabilità generale | Alla chiusura dell'esercizio deve essere sempre verificata la corrispondenza, per ciascun conto di bilancio, del saldo presente in contabilità generale con quello del registro dei cespiti ammortizzabili. Il saldo della contabilità generale deriva dalle movimentazioni che sono contabilizzate principalmente dalla SOC Fornitori per effetto della registrazione delle fatture passive, mentre il saldo del registro dei cespiti ammortizzabili deriva dai carichi dei beni inventariati effettuati dal Dipartimento Area Tecnica e dalla SOC Acquisizione Beni e Servizi su tale applicativo. La SOC Contabilità Generale effettua un controllo in tal senso e le eventuali differenze sono oggetto di analisi al fine di richiedere alle strutture competenti le necessarie correzioni/integrazioni (carico inventariale dei ricevimenti di tutti i beni pervenuti nell'anno di riferimento e corretta contabilizzazione di tutti i documenti relativi ai beni ricevuti ed inventariati nell'esercizio). La quadratura tra registro cespiti e contabilità generale deve essere completata prima della chiusura dell'esercizio di riferimento | SOC Contabilità Generale | art. 2423 e seguenti codice civile D.Lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Contabilizzazione e pagamento degli emolumenti stipendiali | Contabilizzazione degli stipendi, delle ritenute e degli oneri a carico ente sulla base delle informazioni stipendiali trasmesse da più strutture aziendali (Risorse Umane e Personale Convenzionato) e conseguente emissione dei mandati di pagamento in base a flussi o ruoli inviati dalle suddette strutture. | SOC Contabilità Generale | Pagamenti effettuati nei termini e con le modalità previste dai contratti di lavoro in vigore al momento del pagamento | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Accantonamenti di fine esercizio | La SOC Contabilità Generale provvede ad effettuare la contabilizzazione degli accantonamenti richiesti dai vari servizi ai fondi rischi e oneri per tener conto di passività aventi natura determinata ed esistenza probabile (fondi rischi) o di passività aventi natura determinata ed esistenza certa, stimate nell'importo o nella data di sopravvenienza (fondi oneri). Tali registrazioni contabili potranno essere effettuate soltanto a seguito dell'invio, da parte delle varie strutture tecnico-amministrative, di opportuna documentazione firmata dal dirigente responsabile. Tali contabilizzazioni devono essere effettuate entro la chiusura dell'esercizio di riferimento. | SOC Contabilità Generale; Strutture aziendali | art. 2423 e seguenti codice civile D.Lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Calcolo dei ratei e dei risconti | La SOC Contabilità Generale provvede a generare le scritture contabili relative ai ratei e risconti una volta verificato che non siano presenti documenti privi di prima nota contabile sull'esercizio oggetto di chiusura. Tali contabilizzazioni devono essere effettuate entro la chiusura dell'esercizio di riferimento. | SOC Contabilità Generale | art. 2423 e seguenti codice civile D.Lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Fondo svalutazione dei crediti | La SOC Contabilità Generale provvede ad effettuare le scritture contabili relative alla rideterminazione del fondo svalutazione crediti sulla base della normativa vigente (valutazione dei crediti in base al loro valore di presunto realizzo; applicazione delle percentuali di svalutazione previste dai parametri di congruità di cui alla casistica adottata dalla Regione Toscana con il D.D.MT 9749/2021). La determinazione del fondo svalutazione crediti è trasmessa con apposita comunicazione a firma del dirigente della SOC Clienti. Tale contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento. | SOC Contabilità Generale | art. 2423 e seguenti codice civile D.Lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Ammortamenti e sterilizzazione | La SOC Contabilità Generale provvede a contabilizzare gli ammortamenti dei beni soggetti a inventariazione una volta verificata la quadratura tra contabilità generale e registro cespiti, provvedendo successivamente anche alla contabilizzazione delle scritture relative alla sterilizzazione degli ammortamenti (e allo storno dei contributi dei cespiti derivanti da autofinanziamento o da finanziamenti finalizzati) tramite l'analisi della provenienza di ciascun cespito. Tale contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento. | SOC Contabilità Generale | art. 2423 e seguenti codice civile D.Lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Contributi vincolati, finalizzati, per indistinto | La SOC Contabilità Generale provvede nel corso dell'esercizio a contabilizzare i contributi vincolati, finalizzati, per investimenti e di quota di FSR indistinto in base a specifici atti di assegnazione da parte della Regione Toscana o di altri soggetti pubblici o privati. La SOC Contabilità Generale provvede altresì a contabilizzare gli incassi di tali contributi e, al termine dell'esercizio per i contributi finalizzati, a rilevare anche gli accantonamenti della parte non spesa dei contributi dell'anno e gli utilizzi della parte spesa nell'anno dei contributi accantonati in anni precedenti. Tale contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento. | SOC Contabilità Generale | art. 2423 e seguenti codice civile D.Lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9749 del 08/06/2021 e sue eventuali modifiche ed integrazioni | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Contabilità generale conto terzi |
| Area di rischio: | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio |
| Processi connessi: | |
| Codice: | APICDG004 |
| DIR: | Valeria Favata |
| Struttura del DIR: | Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione |
| RESP: | Antonio Campostrini |
| Struttura del RESP: | SOC Contabilità Generale |
| Data di aggiornamento: | 25/01/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clients |
|---|---|---|--|--|
| Soggetti esterni e Enti per i quali l'Azienda svolge un'attività in outsourcing | 1) Comunicazioni/PEC da parte degli Enti per i quali l'Azienda svolge un'attività in outsourcing; 2) Documenti inviati da fornitori/clienti di tali Enti | L'Azienda svolge in outsourcing un'attività di tenuta della contabilità generale per vari Enti terzi quali: SDS Nord Ovest; SDS Firenze; SDS Mugello; SDS Sud Est; SDS Pistoiese; ISPRO. Per tali Enti l'Azienda provvede alla redazione del bilancio di esercizio che è l'atto finale di un articolato processo che prevede sia la rilevazione delle operazioni poste in essere tra l'Ente e i terzi nel corso del periodo amministrativo, sia le rilevazioni effettuate al termine dell'esercizio necessarie per attribuire il valore ai componenti reddituali (costi e ricavi) sulla base della competenza economica, determinando conseguentemente anche il valore attribuibile agli elementi patrimoniali attivi e passivi. Il processo di rilevazione viene attuato mediante l'utilizzo: 1) del "metodo della partita doppia", che consente di rilevare le operazioni aziendali sotto un duplice aspetto (finanziario ed economico); 2) del "conto", che rappresenta un prospetto grafico a due sezioni destinato ad accogliere valori che rappresentano le variazioni dei due aspetti oggetto di esame (finanziario/numerario ed economico) conseguenti agli accadimenti aziendali oggetto di rilevazione. Non per tutti gli Enti sono svolte le stesse attività e questo sia perché in alcuni Enti certe attività non sono presenti (ad esempio la rilevazione delle scorte nelle SDS) sia perché alcuni Enti provvedono a svolgere in autonomia alcuni compiti. In sostanza però l'Azienda tiene la contabilità generale di tali Enti e redige il loro bilancio d'esercizio al fine di rilevare il risultato della gestione e la composizione del Patrimonio aziendale per effetto della gestione stessa. La tenuta della contabilità e la redazione del bilancio di esercizio viene effettuata rispettando i principi generali, i postulati e le disposizioni dettate dalla normativa nazionale e regionale. | Delibera di adozione del bilancio e relativi allegati; Libro giornale; Libro inventario Mandati di pagamento Ordinativi di Incasso | Ditte, Enti pubblici, Privati Tesoriere |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--------------------------|---|------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| APICDG004 - Contabilità generale conto terzi - 25/01/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 1 | Predisposizione del bilancio dell'esercizio | Predisposizione del bilancio di esercizio e della nota integrativa in tempi congrui per l'adozione di tale atto deliberativo da parte dell'Ente per il quale viene svolta l'attività di outsourcing (30 giugno per le SDS e 15 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento per ISPRO). Tuttavia, poiché tale lavoro è legato anche ad attività che devono essere effettuate direttamente dagli Enti suddetti e alla delibera di assegnazione definitiva di FSR da parte della Regione Toscana, esso può concludersi anche in tempi successivi indipendentemente dalla volontà della SOC Contabilità Generale | SOC Contabilità Generale | Legge Regionale 40/2005 Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9749 dell'08/06/2021 DGRT 1265/2009; DGRT 243/2011 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Scritture di assestamento e rettifica | Si tratta di varie operazioni effettuate al termine dell'esercizio al fine di arrivare alla corretta determinazione del risultato economico. Fra esse possiamo ricordare: 1) Rilevazione delle scorte: che viene effettuata attraverso la conta fisica dei beni presenti nelle varie strutture aziendali al termine dell'esercizio. Tale attività viene svolta direttamente dall'Ente (ISPRO) che poi trasmette i dati valorizzati alla SOC Contabilità Generale. La rilevazione viene effettuata al 31/12 di ogni anno e deve essere completata prima della chiusura dell'esercizio di riferimento. La valorizzazione delle rimanenze è effettuata al prezzo medio ponderato. 2) Quadratura fra registro dei cespiti ammortizzabili e contabilità generale: alla chiusura dell'esercizio viene sempre verificata la corrispondenza, per ciascun conto di bilancio, del saldo presente in contabilità generale con quello del registro dei cespiti ammortizzabili. La SOC Contabilità Generale effettua un controllo in tal senso e le eventuali differenze sono oggetto di analisi al fine di richiederle e opportune correzioni/integrazioni. In particolare la SOC Contabilità Generale sollecita e verifica che gli Enti SDS e ISPRO abbiano effettuato il carico inventariale di tutti i beni pervenuti nell'anno di riferimento. La quadratura tra registro cespiti e contabilità generale deve essere completata prima della chiusura dell'esercizio di riferimento. 3) Accantonamenti di fine esercizio: la SOC Contabilità Generale provvede ad effettuare la contabilizzazione degli accantonamenti richiesti dagli Enti SDS e ISPRO a fondi rischi e oneri per tener conto di passività aventi natura determinata ed esistenza probabile (fondi rischi) o di passività aventi natura determinata ed esistenza certa, stimate nell'importo o nella data di sopravvenienza (fondi oneri). Tali contabilizzazioni devono essere effettuate entro la chiusura dell'esercizio di riferimento. 4) Fondo svalutazione dei crediti: la SOC Contabilità Generale provvede ad effettuare le scritture contabili relative alla rideterminazione del fondo svalutazione crediti sulla base delle indicazioni ricevute dagli Enti SDS e ISPRO. Tale contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento. 5) Ammortamenti e sterilizzazione: la SOC Contabilità Generale provvede a contabilizzare gli ammortamenti dei beni soggetti a inventariazione una volta verificata la quadratura tra contabilità generale e registro cespiti provvedendo successivamente anche alla contabilizzazione delle scritture relative alla sterilizzazione degli ammortamenti e all'eventuale storno dei contributi dei cespiti derivanti da autofinanziamento o da finanziamenti finalizzati. Tali operazioni sono effettuate tramite l'analisi della provenienza di ciascun cespite. Anche in questo caso la contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento. | SOC Contabilità Generale | Legge Regionale 40/2005 Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9749 dell'08/06/2021 DGRT 1265/2009; DGRT 243/2011 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Contabilizzazione e pagamento degli emolumenti stipendiali | Contabilizzazione degli stipendi, delle ritenute e degli oneri a carico ente sulla base delle informazioni stipendiali trasmesse da Estar e conseguente emissione dei mandati di pagamento in base a flussi o nodi inviati da tale Ente. | SOC Contabilità Generale | Pagamenti effettuati nei termini e con le modalità previste dai contratti di lavoro in vigore al momento del pagamento | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Contributi vincolati, finalizzati, per investimenti e quote di FSR indistinto | Nel corso dell'esercizio la SOC Contabilità Generale provvede a contabilizzare i contributi vincolati, finalizzati, per investimenti e di quota di FSR indistinto in base a specifici atti di assegnazione da parte della Regione Toscana o di altri soggetti pubblici o privati. La SOC Contabilità Generale provvede altresì a contabilizzare gli incassi di tali contributi e, al termine dell'esercizio per i contributi finalizzati di ISPRO, a rilevare anche gli accantonamenti della parte non spesa dei contributi dell'anno e gli utilizzi della parte spesa nell'anno dei contributi accantonati in anni precedenti, mentre per i contributi finalizzati della SDS provvede a rilevare i risconti passivi per la parte non spesa di tali finanziamenti. Tale contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento. | SOC Contabilità Generale | Legge Regionale 40/2005 Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9749 dell'08/06/2021 DGRT 1265/2009; DGRT 243/2011 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Ciclo passivo | 1) Ricezione e registrazione fatture: il personale della SOC Contabilità generale addetto alla protocollazione riceve le fatture in archivio temporaneo, presente nell'applicativo contabile, procede alla contabilizzazione entro 15 gg dalla data di ricezione sulle SDI (Sistemi di interscambio), previa verifica della correttezza dei requisiti formali di cui all'art. 21 DPR 633/72. Procede inoltre all'eventuale rifiuto qualora ricorrano i casi previsti dal Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020. 2) Verifica correttezza fatture: il Ricevimento o la lettera di liquidazione sono effettuati dal personale degli Uffici Liquidatori dell'Ente SDS e ISPRO entro 30 gg dalla erogazione del servizio ed attesta la regolarità della fattura. L'Ufficio Liquidatore attesta anche la validità del DURC, ovvero la regolarità contributiva e per i beni inventariati anche il carico sui cespiti. 3) Abbinamento Fattura/Ricevimento/liquidazione ed emissione mandato di pagamento: il personale della SOC Contabilità generale addetto alla fase in oggetto, procede all'abbinamento della fattura con i relativi ricevimenti/liquidazioni ed alla successiva emissione del mandato di pagamento nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente, qualora la liquidazione sia stata fatta nei termini sopraindicati. 4) Mancato abbinamento Fattura/Ricevimento/liquidazione: Nel caso in cui non sia possibile l'abbinamento tra liquidazione e fattura, il personale della SOC Contabilità generale inserisce sulla fattura lo stato bloccato e verifica con la collaborazione con gli Uffici Liquidatori le motivazioni della mancata o insufficiente liquidazione. | SOC Contabilità Generale | Legge Regionale 40/2005 Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9749 dell'08/06/2021 DGRT 1265/2009; DGRT 243/2011; Normativa specifica sui tempi di pagamento. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Ciclo attivo | 1) Rilevazione e contabilizzazione del ricavo e del credito: La rilevazione del ricavo e del credito avvengono tramite l'emissione di fatture e/o documenti interni. Tali atti sono emessi sulla base di idonea documentazione che permetta di appurare la ragione del credito, la sussistenza di idoneo titolo giuridico, il soggetto debitore, l'importo e la scadenza del credito. 2) Riscossione: La riscossione prevede l'emissione di un ordinativo d'incasso predisposto in base ad una o più specifiche contabili di entrata. L'ordinativo è messo su supporto informatico e firmato digitalmente. 3) Trasferimento somme riscosse nella Cassa dell'Ente: Il tesoriere acquisisce le somme versate da soggetti pubblici e privati e le trasferisce nelle casse dell'Ente entro i termini previsti dalla convenzione di Tesoreria. Tali somme sono poi regolarizzate con gli ordinativi di riscossione di cui al punto precedente. | SOC Contabilità Generale | Legge Regionale 40/2005 Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9749 dell'08/06/2021 DGRT 1265/2009; DGRT 243/2011. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Analisi dati attività sanitaria |
| Area di rischio: | Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio |
| Processi connessi: | |
| Codice: | APICDG005 |
| DIR: | Valeria Favata |
| Struttura del DIR: | Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione |
| RESP: | Massimo Fondi |
| Struttura del RESP: | SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa |
| Data di aggiornamento: | 31/12/2021 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|---|---|--|---|---|
| Direzione Aziendale, Sanitaria ed Amministrativa; Dipartimenti Aziendali, Direzioni Sanitarie di Presidio. Enti Esterni; Cittadino | Banche dati aziendali e/o fornite da ESTAR/RT | Il processo si occupa di recepire i bisogni informativi dell'organizzazione e/o di soggetti esterni; di accedere ai dati di interesse aziendale; di elaborarli trasformandoli in indicatori di sistema, di processo o di esito; di distribuire l'informazione agli organi aziendali utilizzatori/richiedenti in modo puntuale o sotto forma di report. | Indicatori puntuali e specifiche o report riassuntivi sull'attività aziendale | Direzione Aziendale, Sanitaria ed Amministrativa; Dipartimenti Aziendali, Direzioni Sanitarie di Presidio. Enti Esterni; Cittadino |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|--|------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| APICDG005 - Analisi dati attività sanitaria - 31/12/2021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 1 | Recepire i bisogni informativi dell'organizzazione Aziendale e/o di Enti esterni (Regione Toscana, Province, Comuni Autorità Giudiziarie) | Il personale della struttura recepisce le richieste di supporto all'organizzazione Aziendale e/o di Enti esterni (Regione Toscana, Province, Comuni Autorità Giudiziarie). Effettua il calcolo e la pubblicazione degli indicatori di budget aziendali. Valuta l'esautività e l'analisi degli errori presenti negli archivi regionali consolidati e segnala tali anomalie ad ESTAR e/o ai referenti aziendali interessati all'inserimento dei dati | Personale afferente alla SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa | Delibera di giunta regionale n. 1171/2018 "Procedure per l'istituzione, l'aggiornamento e l'integrazione dei flussi informativi sanitari e socio-sanitari". Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Garante Privacy | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Accedere ai dati di interesse aziendale | Accesso mensile ai dati aziendali e regionali e in particolare ai flussi informativi sanitari e socio sanitari della Regione Toscana | Personale afferente alla SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa | delibera di giunta regionale n. 1171/2018 "Procedure per l'istituzione, l'aggiornamento e l'integrazione dei flussi informativi sanitari e socio-sanitari". | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Elaborare i dati, trasformandoli in indicatori di sistema, di processo e di esito | Elaborazione quotidiana di richieste ad hoc sui dati di attività aziendali. Calcolo bimestrale degli indicatori di budget che risultano essere aggiornati ogni 2 mesi. Report mensili sui flussi DOC | Personale afferente alla SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa | Delibera di giunta regionale n. 1171/2018 "Procedure per l'istituzione, l'aggiornamento e l'integrazione dei flussi informativi sanitari e socio-sanitari". Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Garante Privacy | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Distribuire l'informazione agli organi aziendali utilizzatori/richiedenti in modo puntuale o sotto forma di report | Evasione delle richieste ad hoc tramite invio per email dei report. Predisposizione sull'intranet aziendale di cruscotti aziendali consultabili, liberamente o tramite profilazione, da parte dei colleghi aziendali | Personale afferente alla SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa | Delibera di giunta regionale n. 1171/2018 "Procedure per l'istituzione, l'aggiornamento e l'integrazione dei flussi informativi sanitari e socio-sanitari". Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Garante Privacy | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Programmazione economica aziendale, monitoraggio e reporting |
| Area di rischio: | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio |
| Processi connessi: | APICDG008 |
| Codice: | APICDG006 |
| DIR: | Valeria Favata |
| Struttura del DIR: | Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione |
| RESP: | Valeria Favata |
| Struttura del RESP: | SOC Budget e monitoraggio costi |
| Data di aggiornamento: | 21/09/2021 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|--|---|--|--|
| Regione Toscana. Direzione Aziendale, Sanitaria ed Amministrativa, Dipartimenti Aziendali, Direzioni Sanitarie di Presidio. | 1. Linee guida Regione Toscana; 2. Obiettivi economici annuali o pluriennali concordati con la Direzione; 3. Obblighi di redazione/rendicontazione entro determinati limiti temporali. | Il processo di programmazione economica comprende tutte le azioni volte al rispetto degli obiettivi economici, annuali e pluriennali, individuati dagli accordi intercorsi tra l'ente Regione Toscana e la Direzione aziendale. | Bilancio di previsione annuale e pluriennale aziendale sotto forma di provvedimento amministrativo deliberato. Report direzionali ad hoc, riassuntivi sull'attività aziendale nelle sue varie fasi. Tracciati contenenti dati previsionali (conto economico previsionale), Forecast (redatto mensilmente), Budget per consegnatario. | Direzione Aziendale, Sanitaria ed Amministrativa, Dipartimenti Aziendali, Direzioni Sanitarie di Presidio, Enti Esterni, Cittadino |

| 2 – ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| APICDG005 - Programmazione economica aziendale, monitoraggio e reporting - 21/09/2021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | | | | |
| 1 | Definizione degli obiettivi economici annuali in base alle indicazioni regionali. | La Regione Toscana invia le linee guida utili alla predisposizione del Bilancio di Previsione Annuale e Pluriennale che costituiscono la base per la programmazione economica aziendale sulla stessa scala temporale. Tali linee guida vengono recepite e assieme alla raccolta di informazioni interne all'azienda, si predispongono dei tracciati con documentazione a corredo che identificano gli obiettivi economici e di investimenti (Executor), condivisi con la Direzione. Le informazioni relative agli investimenti sono predisposte dal Dipartimento Area Tecnica. Tempistica – una volta l'anno generalmente entro il mese di febbraio. | Posizione Organizzativa/collaboratori amministrativi | Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii. Decreto Legislativo 118/2011. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Predisposizione del bilancio di previsione annuale e pluriennale. | A seguito della definizione degli obiettivi economici/investimenti, gli esecutori predispongono tutti i documenti al fine di adottare il bilancio di previsione annuale e pluriennale così come disciplinato dalla normativa vigente. Tempistica – una volta l'anno generalmente entro il mese di marzo. | Dirigente/Posizione Organizzativa/collaboratori amministrativi | Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii. Decreto Legislativo 118/2011. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Definizione del budget annuale. | Il conto economico previsionale, ovvero un di cui del bilancio di previsione adottato, rappresenta la base per la definizione degli obiettivi di budget, suddivisi per consuntario di budget. Ciascun consuntario di budget, identificato convenzionalmente con un ufficio amministrativo, serve ad assegnare dei portafogli di spesa con una capienza definita in partenza e oggetto di variazioni/adequamenti in corso d'anno. L'obiettivo è ottenere un tracciato per conto economico, consuntario di budget e importo assegnato, tale da poter essere poi caricato sulla procedura di contabilità generale per gli utilizzi di spesa corrente. Tempistica – si definisce una volta l'anno e si predispongono adeguamenti in corso d'anno. | Posizione Organizzativa/collaboratori amministrativi | Procedure interne. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Monitoraggio del CE mensile. | L'andamento dell'azienda viene valutato ogni mese fornendo, sia ai fini interni che ai fini di adempimento di debito informativo verso Regione Toscana, un conto economico previsionale aggiornato composto da un consuntivo e una previsione di chiusura al 31/12 dell'anno di interesse (Forecast). Tempistica – una volta al mese. | Posizione Organizzativa/collaboratori amministrativi | Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Valutazione dell'andamento economico aziendale e ridefinizione degli obiettivi. | Negoziato tra Direzione Aziendale e Regione Toscana degli obiettivi infra annuali. La Direzione si riunisce di media 4 volte l'anno con la Regione per definire gli obiettivi infra annuali. Qualora tali incontri diano origine ad un verbale firmato da entrambe le parti, tale verbale è recepito dall'ufficio scrivente come rettifica dell'obiettivo inizialmente assegnato come da Bilancio di Previsione. Non è detto che tale attività modifichi gli importi dei portafogli di spesa inizialmente assegnati. Tempistica – generalmente quattro volte l'anno, una a seguito di ogni trimestre. | Posizione Organizzativa/collaboratori amministrativi | Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Analisi degli scostamenti. | Attività gestionale che serve a valutare la performance dell'Azienda e prende a riferimento più conti economici tra cui i tracciati del Forecast (previsione di chiusura aggiornata mensilmente dai consuntari di budget), i preconsuntivi (conto economico preconsuntivo, non ancora deliberato), il bilancio di previsione (conto economico previsionale), il budget. L'ufficio scrivente mette a confronto i tracciati sopracitati e ne analizza gli scostamenti cercandone anche le motivazioni specifiche ed evidenziandole. Questo serve a capire come l'azienda si sta muovendo in corso d'anno. Generazione di reportistica direzionale ad hoc. Tempistica – una volta al mese. | Posizione Organizzativa/collaboratori amministrativi | Procedure interne. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Contabilità Analitica |
| Area di rischio: | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio |
| Processi connessi: | |
| Codice: | APICDG007 |
| DIR: | Valeria Favata |
| Struttura del DIR: | Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione |
| RESP: | Sandro Signorini |
| Struttura del RESP: | SOC Contabilità Analitica |
| Data di aggiornamento: | 31/12/2021 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|--|---|--|---|
| Direzione Aziendale, Regione Toscana, Strutture aziendali. | Delibere aziendali relative alla organizzazione aziendale, Obblighi di rendicontazione v/s Regione Toscana, Specifiche richieste per analisi costi, Processo di Budget, Contabilità Generale, Contabilità di magazzino, Costo Personale | Gestione e manutenzione piano centri di costo/punti di prelievo. Estrazione, elaborazione, e rappresentazione dei dati di costo con cadenza mensile e rapportata alle singole strutture organizzative o a specifiche rendicontazioni (Mod. Livelli di Assistenza e Costo dei presidi ospedalieri, Salute in carcere, Elisoccorso, ecc.). Valutazioni economiche e pricing su richiesta, attraverso la valorizzazione dei fattori produttivi impiegati. | Allineamento del piano centri di costo alla struttura organizzativa. Rendicontazione dei costi per singola struttura organizzativa e/o Centro di Costo/Punto di Prelievo Analisi economiche per la stima dei costi delle prestazioni in regime non istituzionale o per valutazione di congruità delle tariffe di prestazioni. | Responsabili di struttura, Responsabili della gestione del processo di Budget, Direzione Aziendale, Regione Toscana. |

| 2 – ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| APICDG007 - Contabilità Analitica - 31/12/2021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 – Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 – Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Gestione e manutenzione piano centri di costo/punti di prelievo. | In relazione alle esigenze organizzative e gestionali dell'Azienda è necessario intervenire costantemente sul piano dei centri di costo al fine di adattarlo alle esigenze informative circa i costi aziendali. In particolare, è importante mantenere un costante allineamento dei CDR/CDC/CDP con l'organigramma aziendale ed i relativi responsabili per poter consentire la gestione del processo di budget. Tempistica: quotidiana. | Collaboratori/Assistenti/ Coadiutori amministrativi | LRT 40/2005 ss.mm.ii. Delibere aziendali di organizzazione Richieste delle strutture aziendali Procedura interna | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Estrazione, elaborazione e rappresentazione dei dati di costo con cadenza mensile e rapportata alle singole strutture organizzative. | La SOC Contabilità analitica gestisce gli ett di acquisizione dei dati di costo al Data-warehouse aziendale OSLO; in particolare, dalla procedura informatica della Contabilità OIamm CEPAS sono acquisiti i consumi per centri di costo e dalle procedure delle risorse umane gli stipendi. Mensilmente vengono estratti i dati di costo sui quali sono effettuate analisi di completezza e coerenza prima di renderli disponibili alle altre strutture aziendali - in particolare dell'Area Programmazione e Controllo di gestione - che procedono con le elaborazioni di competenza. Tempistica: mensile e/o a richiesta. | Collaboratori/Assistenti/ Coadiutori amministrativi | Non esiste normativa di riferimento per questa attività. Procedure interne di elaborazione. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Specifiche rendicontazioni (Mod. Livelli di Assistenza e Costi dei presidi ospedalieri, Salute in carcere, Elisoccorso, ecc.). | La struttura cura direttamente alcune elaborazioni di costo specifiche legate a fabbisogni informativi esterni come, ad esempio: Modelli ministeriali Livelli di Assistenza e Costi dei Presidi ospedalieri, rendicontazione regionale Salute in carcere e Elisoccorso, elaborazioni specifiche a richiesta della Direzione o altre strutture aziendali. Tempistica: annuale e/o a richiesta. | Posizione organizzativa/Collaboratori/Assistenti/Coadiutori amministrativi | Linee di indirizzo ministeriali per la compilazione dei modelli LA e CP. Specifiche regionali in materia di rendicontazione Salute in carcere e Elisoccorso, elaborazioni specifiche a richiesta della Direzione o altre strutture aziendali. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Valutazioni economiche e pricing su richiesta, attraverso la valorizzazione dei fattori produttivi impiegati. | L'attività consiste in analisi di stima dei costi ed è articolata nelle seguenti fasi: - analisi della richiesta di valutazione pervenuta da altro soggetto aziendale; - individuazione dei fattori produttivi impiegati; - acquisizione dei dati economici e non rilevanti ai fini dell'analisi; - valorizzazione dei fattori produttivi impiegati sia in termini quantitativi che economici; - valutazione economica finale: costo di una struttura, di un'attività e/o di una singola prestazione. Tempistica: a richiesta. | Posizione organizzativa/Collaboratori/Assistenti/Coadiutori amministrativi | Non esiste normativa di riferimento per questa attività. Procedure interne di elaborazione. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Negoziazione e valutazione obiettivi economici di budget |
| Area di rischio: | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio |
| Processi connessi: | APICDG006 |
| Codice: | APICDG008 |
| DIR: | Valeria Favata |
| Struttura del DIR: | Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione |
| RESP: | Valeria Zaccarelli |
| Struttura del RESP: | SOC Controlling |
| Data di aggiornamento: | 01/10/2021 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|-----------------------------------|--|--------------------------------|--|
| SOS Contabilità Analitica SOC Budget e monitoraggio costi | Dati di costo - conti di bilancio | Assegnazione, negoziazione, monitoraggio e valutazione obiettivi economici di Budget | Scheda obiettivi economici (A) | Responsabili di Dipartimento e di UO, OIV (Organismo Indipendente di Valutazione), Direzione Aziendale |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|-----------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| APICDG008 - Negoziazione e valutazione obiettivi economici di budget - 01/10/2021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 1 | Recepimento obiettivi annuali | A seguito della definizione da parte della Direzione degli obiettivi annuali aziendali (in funzione degli obiettivi regionali), il Comitato Budget si coordina con le strutture aziendali utili a interpretare, secondo la materia trattata, gli indirizzi della Direzione e declina gli obiettivi generali: in obiettivi specifici di Dipartimento e di Area. | Comitato Budget (di cui il Controlling fa parte insieme ad altre strutture aziendali) | Regolamento di Budget | nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Proposta obiettivi di budget | Gli obiettivi (di Dipartimento e di Area), unitamente alle risorse umane e strumentali degli stessi, vengono rappresentati nella scheda A per gli obiettivi economici, la quale, insieme alla scheda B di attività, viene formalmente inviata ai Direttori di zona distretto e ai Direttori di Dipartimento e di Area, i quali valutano le proposte all'interno del Comitato di Dipartimento ed inviano eventuali osservazioni/integrazioni entro 15 giorni dal ricevimento della proposta. In caso di mancata comunicazione, gli obiettivi proposti si considerano accettati e comporranno le schede oggetto di confronto durante l'incontro di negoziazione. | Comitato Budget Direttori di struttura | Regolamento di Budget | nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Negoziazione obiettivi budget | Il Comitato Budget valuta le eventuali proposte e incontra il Direttore di Dipartimento, i Direttori di Area (se presenti), e i Responsabili di SOS, SOSd e SOS al fine di presentare ufficialmente le schede obiettivi e raccogliere la sottoscrizione, che potrà avvenire anche in modalità informatizzata. | Comitato Budget Direttori di struttura | Regolamento di Budget | nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Monitoraggio infrannuale | Almeno due volte l'anno si verifica l'andamento degli obiettivi attraverso la fase di monitoraggio, inviando le schede con i dati infrannuali ai Direttori di struttura titolari di budget. Inoltre il Comitato, insieme alla Direzione Sanitaria e/o Amministrativa, incontra in tale circostanza, i Direttori di Dipartimento e di Area e/o i Direttori di struttura che ne facciano espressa richiesta, al fine di discutere dell'andamento infrannuale, valutare l'accoglimento o meno di richieste di rinegoziazione, supportando i Direttori a individuare interventi correttivi finalizzati al riallineamento e raggiungimento degli obiettivi. | Comitato Budget Direttori di struttura | Regolamento di Budget | nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Valutazione raggiungimento obiettivi: Valutazione di prima istanza | Entro giugno dell'anno successivo in fase preliminare con conclusione entro il 31 ottobre, il Comitato di Budget predisporre, per ciascun Titolare di Budget, le schede denominate "Report Valutazione Obiettivi", con l'indicazione del grado di raggiungimento degli obiettivi negoziati nella Valutazione Sintetica Finale. Trasmissione ai Centri di Responsabilità (CdR) titolari di Budget delle rispettive Schede - le schede di pertinenza dell'Unità Operativa sono costituite dalla scheda A economica, B di attività e C di valutazione individuale. Ogni CdR potrà esaminare sul portale, la scheda C, la cui fase di valutazione è descritta nello specifico paragrafo del Regolamento di Budget. I CdR Titolari di Budget possono sottoscrivere il "Report Valutazione Obiettivi" e qualora condividano la percentuale di raggiungimento degli obiettivi ottenuta nella Valutazione Sintetica Finale, lo assumono senza necessità di alcuna aggiunta od integrazione. Qualora non dovessero condividere la percentuale di raggiungimento degli obiettivi ottenuta nella Valutazione Sintetica Finale, allegano al "Report Valutazione Obiettivi", una nota contenente le motivazioni che a loro parere giustificano il parziale e/o mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati, rinviando tutta la documentazione al Comitato Budget, entro 30 giorni. Primo contraddittorio - i CdR che non hanno accettato le valutazioni, dopo la presentazione di controdeduzioni, osservazioni e motivazioni rispetto agli scostamenti rilevati incontreranno il Comitato di Budget, si valuterà congiuntamente la documentazione presentata ed in contraddittorio, lo stesso comitato potrà accogliere totalmente le controdeduzioni o parzialmente attraverso specifico verbale e determinare la quota percentuale di raggiungimento. Secondo contraddittorio - il verbale redatto in contraddittorio tra comitato Budget e CdR potrà essere nuovamente contestato da parte dei Direttori assegnatari di Budget. Un Direttore della Direzione strategica o il Direttore di Staff di competenza potrà rivedere o confermare la decisione assunta nel primo contraddittorio attraverso nota che ne specifichi la motivazione e l'accettazione o il rifiuto del richiedente. | Comitato Budget Direttori di struttura Direttori di Staff OIV | Regolamento di Budget | nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Valutazione raggiungimento obiettivi: Valutazione di seconda istanza | L'Organismo Indipendente di Valutazione, per le Schede contenenti le controdeduzioni sollevate dal Titolare di Budget, la cui percentuale di raggiungimento non è stata modificata o è stata parzialmente modificata dal Valutatore di Prima Istanza, e laddove non accettate dal CdR, una volta acquisita la documentazione potrà convocare in contraddittorio il Titolare di Budget al fine di pervenire alla eventuale proposta di modifica della percentuale di raggiungimento. Successivamente trasmette al Direttore Generale un apposito verbale contenente le proposte complessive di valutazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione di Seconda Istanza. | Direttori di struttura Direttori di Staff OIV | Regolamento di Budget | nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Programmazione Operativa (Chirurgia Elettiva – Produzione Ambulatoriale “Modello Competitivo” - Dimissioni Complesse) |
| Area di rischio: | Liste di attesa |
| Processi connessi: | |
| Codice: | APICDG009 |
| DIR: | Valeria Favata |
| Struttura del DIR: | Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione |
| RESP: | Guarracino Antonio |
| Struttura del RESP: | SOS Gestione Operativa |
| Data di aggiornamento: | 04/11/2021 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|---|--|--|--|
| Dipartimento Chirurgico, Direzioni Sanitarie di Presidio, Area Programmazione e Controllo Attività Sanitaria | Dati Risorse Fisiche a disposizione (Sale - letti), Vincoli economici (Tetti contrattuali Strutture Convenzionate), Vincoli Organizzativi | Le proposte di assegnazione delle risorse e di programmazione della produzione vengono effettuate orientativamente trimestralmente, tenendo conto dei vincoli forniti dalle Direzioni interessate. I piani produttivi sono figli di un’analisi estimativa della domanda, correlata al periodo oggetto di interesse. Valutata l’offerta a disposizione, si procede all’implementazione dei piani produttivi puntando all’allineamento ottimale con la domanda, sulla base delle direttive regionali e aziendali, con il fine di ottimizzare gli indicatori aziendali correlati ai tempi di attesa. Ogni proposta è implementata su criteri condivisi e validata dalle Direzioni interessate. Ad ogni piano segue un’attività di monitoraggio e controllo, quest’ultimo inteso come misurazione degli scostamenti dal programma di produzione ed individuazione di proposte di correttivi, al fine di minimizzare le differenze tra programmato ed effettivamente erogato. | Proposta Assegnazione e distribuzione delle risorse a disposizione | Dipartimento Chirurgico, Direzioni Sanitarie di Presidio, Area Programmazione e Controllo Attività Sanitaria |

| 2.1 - Descrizione delle attività | | 2.2 – Valutazione dei rischi | | | | | | | 2.3 – Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|--|---------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|---------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 1 | Analisi della Domanda | Stima del fabbisogno produttivo attraverso lo studio delle numerosità delle liste di attesa e della loro dinamicità nel tempo. Le principali tecniche stimative utilizzate si basano su: medie mobili (semplici, ponderate), smorzamento esponenziale, analisi estimative delle serie storiche con i componenti trend e/o stagionalità. È un'attività che viene effettuata trimestralmente e/o in linea con la verifica dei processi di programmazione della produzione. Le liste di attesa sono informatizzate ed eventuali modifiche, inserimenti, cancellazioni sono tutti tracciati e storicizzati. | Personale afferente alla SOS Gestione Operativa | DGRT 476/2018; DGRT 604/2019 PRGLA 2019-2021; DGRT 1457/2018; DGRT 750/2018; DGRT 638/2009; DA 1058/2019; | Potenzialmente ci potrebbe essere il rischio di agevolare una unità operativa piuttosto che un'altra o un istituto piuttosto che un altro, attraverso la manipolazione dei dati correlati alla domanda. | Possibile discrezionalità | Basso | Il rischio è stato valutato basso perché le liste di attesa sono informatizzate ed eventuali modifiche, inserimenti, cancellazioni sono tutti tracciati e storicizzati. | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Valutazione dell'offerta a disposizione | Vengono valutate le disponibilità delle risorse a disposizione nel periodo di programmazione considerato. Il monte ore sala, le risorse umane e il numero di letti disponibili (nonché il budget residuo disponibile nel caso sia coinvolto anche il privato accreditato nel processo produttivo considerato) sono le risorse analizzate su cui poi viene effettuata e proposta la programmazione. Le risorse disponibili correlate all'offerta sono comunicate alla SOS Gestione Operativa dalla relative Direzioni Sanitarie di PO; i budget relativi alla produzione presso il privato accreditato sono monitorati costantemente attraverso opportune procedure informatiche (Gauss). | Personale afferente alla SOS Gestione Operativa | DGRT 476/2018; DGRT 604/2019 PRGLA 2019-2021; DGRT 1457/2018; DGRT 750/2018; DGRT 638/2009; DA 1058/2019; | Potenzialmente ci potrebbe essere il rischio di agevolare una unità operativa piuttosto che un'altra o un istituto piuttosto che un altro, attraverso la manipolazione dei dati correlati all'offerta. | Possibile discrezionalità | Basso | Il rischio è stato valutato basso perché le risorse disponibili correlate all'offerta sono comunicate alla SOS Gestione Operativa dalla relative Direzioni Sanitarie di PO; i budget relativi alla produzione presso il privato accreditato sono monitorati costantemente attraverso opportune procedure informatiche (Gauss). | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Allineamento Domanda – Offerta | Viene proposto e prodotto trimestralmente e in ogni ospedale aziendale, in linea con la revisione dei processi di produzione, il Piano Principale di Produzione chirurgica (Master Surgical Schedule, MSS); esso determina l'associazione ciclica delle varie combinazioni sala operatoria – giorno (o porzione di giornata) a ciascuna unità erogante in base alla lista di attesa ed alla stima dei nuovi ingressi. Nello specifico viene definito il monte orario di sedute di sala operatoria per ciascuna specialistica e la sua distribuzione all'interno dei giorni della settimana. Viene inoltre prodotto il piano aggregato (Surgical Case Assignment Problem, SCAP o Admission Planning Problem, APP); esso stabilisce, con validità solitamente annuale e conferma trimestrale, il mix ciclico di produzione settimanale di ciascuna sala. La programmazione è riferita non al singolo tipo di intervento ma ad un livello aggregato attraverso la creazione di cluster di interventi associabili per consumo di risorse (tempi di sala operatoria, degenza). I cluster vengono definiti con la componente clinica sulla base della combinazione ottimale delle tipologie di interventi da assegnare alle sedute operatorie al fine di rispettare i tempi previsti dalla classe di priorità e massimizzare il tempo di utilizzo delle sale operatorie assicurando il coordinamento fra la fase di pre-torvero e la gestione della lista operatoria. L'algoritmo di programmazione si basa su criteri condivisi con il Dipartimento chirurgico e le DSPO in linea con la normativa vigente. Inoltre gli output dell'algoritmo sono "proposte" che vengono discusse in plenarie di condivisione al fine di procedere a verifiche e ad eventuale approvazione (quest'ultima a cura della DSPO) | Personale afferente alla SOS Gestione Operativa | DGRT 476/2018; DGRT 604/2019 PRGLA 2019-2021; DGRT 750/2018; DGRT 638/2009; DA 1058/2019; DA 847/2018; | Potenzialmente ci potrebbe essere il rischio di agevolare una unità operativa piuttosto che un'altra o un istituto piuttosto che un altro, attraverso la manipolazione dei dati correlati all'algoritmo di programmazione. | Possibile discrezionalità | Basso | Il rischio è stato valutato basso perché l'algoritmo di programmazione si basa su criteri condivisi con il Dipartimento chirurgico e le DSPO in linea con la normativa vigente. Inoltre gli output dell'algoritmo sono "proposte" che vengono discusse in plenarie di condivisione al fine di procedere a verifiche e ad eventuale approvazione (quest'ultima a cura della DSPO) | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Monitoraggio e controllo | Vengono prodotti report con cadenza mensile (o in linea con la revisione dei processi produttivi) per il monitoraggio e il controllo dei processi produttivi oggetto di analisi: ☞ per ogni asset, viene effettuato il sistematico confronto tra input (richiesta di prestazioni) e output (prestazioni erogate) che consente di determinare la capacità del sistema di gestire la domanda ☞ la periodica revisione dell'input programmato rispetto all'input effettivo, invece, misura l'affidabilità dei processi a monte ☞ la verifica dello scostamento tra l'output effettivo e l'output programmato, consente di monitorare la produttività dell'asset in esame. Le fasi dei processi produttivi oggetto di analisi sono informatizzate ed eventuali modifiche sono tutte tracciate e storicizzate. Esistono controlli di tipo qualitativo (con la verifica dei criteri presi in considerazione nel processo di implementazione) e di tipo analitico (con la verifica che i risultati si trovino in livelli di confidenza accettabili o quanto meno giustificando opportunamente la presenza di outliers-andamenti anomali). Tutte le analisi vengono revisionate e implementate come proposte sulla base di criteri oggettivi condivisi con il dipartimento chirurgico e in linea con le procedure aziendali interessate. Ogni proposta viene condivisa e solo dopo validata dalle DSPO e i dipartimenti interessati. | Personale afferente alla SOS Gestione Operativa | DGRT 476/2018; DGRT 604/2019 PRGLA 2019-2021; DGRT 1457/2018; DGRT 750/2018; DGRT 638/2009; DA 1058/2019; | Potenzialmente ci potrebbe essere il rischio di agevolare una unità operativa piuttosto che un'altra o un istituto piuttosto che un altro, attraverso la manipolazione dei dati correlati al monitoraggio e alla reportistica, nella fase di controllo | Possibile discrezionalità | Basso | Il rischio è stato valutato basso perché esistono controlli di tipo qualitativo (con la verifica dei criteri presi in considerazione nel processo di implementazione) e di tipo analitico (con la verifica che i risultati si trovino in livelli di confidenza accettabili o quanto meno giustificando opportunamente la presenza di outliers-andamenti anomali). Tutte le analisi vengono revisionate e implementate come proposte sulla base di criteri oggettivi condivisi con il dipartimento chirurgico e in linea con le procedure aziendali interessate. Ogni proposta viene condivisa e solo dopo validata dalle DSPO e i dipartimenti interessati. | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Affidamento diretto di forniture e servizi (ivi compresi i servizi di architettura ed ingegneria) di importo inferiore ad € 139.000,00 - sulla base del solo prezzo o del prezzo e di elementi qualitativi (in deroga all'art. 36 comma 2 e art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021) |
| Area di rischio: | Contratti Pubblici (ex affidamento di servizi e forniture) |
| Processi connessi: | |
| Codice: | ARETEC001 |
| DIR: | Sergio Lami |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Area Tecnica |
| RESP: | Sergio Lami, Massimo Martellini, Guido Bilello, Luca Salvadori, Luca Tani, Pierluigi Bellagambi, Luca Meucci, Ivo Bigazzi, Ermes Tesi, Gianluca Gavazzi |
| Struttura del RESP: | SOC Appalti e Supporto Amministrativo, SOC Patrimonio, SOC Manutenzione Immobili Empoli, SOC Gestione Investimenti Empoli, SOC Manutenzione Immobili Firenze, SOC Gestione Investimenti Zona Firenze, SOS Gestione Investimenti Ospedali Firenze, SOS Gestione Investimenti Territorio Firenze, SOC Manutenzione Immobili Pistoia, SOC Gestione Investimenti Pistoia, SOC Gestione Investimenti e Manutenzione Immobili Prato, SOC Gestione amministrativa SIOR e ospedali in concessione |
| Data di aggiornamento: | 11/11/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|------------------------------|---|---|--|---------------------|
| Tutte le strutture aziendali | Richiesta di attivazione servizio o fornitura o riscontro della necessità da parte del Direttore di Struttura | Affidamento diretto di forniture e servizi (ivi compresi i servizi di architettura ed ingegneria) di importo inferiore ad € 139.000,00 - sulla base del solo prezzo o del prezzo e di elementi qualitativi (in deroga all'art. 36 comma 2 e art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021). | Determina Dirigenziale di aggiudicazione, Contratto stipulato con l'aggiudicatario | Operatori economici |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Affidamento diretto di lavori di importo inferiore ad € 150.000,00 - sulla base del solo prezzo o del prezzo e di elementi qualitativi (in deroga all'art. 36 comma 2 e art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021) |
| Area di rischio: | Contratti Pubblici (ex affidamento di servizi e forniture) |
| Processi connessi: | |
| Codice: | ARETEC002 |
| DIR: | Sergio Lami |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Area Tecnica |
| RESP: | Sergio Lami, Massimo Martellini, Guido Bilello, Luca Salvadori, Luca Tani, Pierluigi Bellagambi, Luca Meucci, Ivo Bigazzi, Ermes Tesi, Gianluca Gavazzi |
| Struttura del RESP: | SOC Appalti e Supporto Amministrativo, SOC Patrimonio, SOC Manutenzione Immobili Empoli, SOC Gestione Investimenti Empoli, SOC Manutenzione Immobili Firenze, SOC Gestione Investimenti Zona Firenze, SOS Gestione Investimenti Ospedali Firenze, SOS Gestione Investimenti Territorio Firenze, SOC Manutenzione Immobili Pistoia, SOC Gestione Investimenti Pistoia, SOC Gestione Investimenti e Manutenzione Immobili Prato, SOC Gestione amministrativa SIOR e ospedali in concessione |
| Data di aggiornamento: | 11/11/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|------------------------------|---|--|--|---------------------|
| Tutte le strutture aziendali | Richiesta di attivazione lavoro o riscontro della necessità da parte del Direttore di Struttura | Affidamento diretto di lavori di importo inferiore ad € 150.000,00 - sulla base del soloprezzo o del prezzo e di elementi qualitativi (in deroga all'art. 36 comma 2 e art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021). | Determina Dirigenziale di aggiudicazione, Contratto stipulato con l'aggiudicatario | Operatori economici |

| 2 – ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|---|-----------------------------------|--|--|---------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|---|---|--------------|--|---|--|
| ARETECO2 - Affidamento diretto di lavori di importo inferiore ad € 150.000,00 - sulla base del solo prezzo o del prezzo e di elementi qualitativi (in deroga all'art. 36 comma 2 e art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021) - 11/11/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifica di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatore di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | | CI | | |
| 1 | Recupero/riscontro necessità di intervento o approvvigionamento | Il Direttore di Struttura riceve le richieste di lavori da parte dei soggetti Aziendali interni o esterni al Dipartimento. Le richieste vengono inoltrate tramite: -email; -piattaforma informatica; -richiesta scritta della Direzione (Aziendale, Ospedaliera o Territoriale). Il Direttore di Struttura può altresì rilevare direttamente la necessità di approvvigionamento di lavori. Infine, il Direttore di Struttura può rilevare la necessità di intervento dagli strumenti di programmazione (es. nel Piano degli Investimenti, approvato con delibera del Direttore Generale). | Direttore e della Struttura competente per il tipo di intervento | Piano degli Investimenti aziendale oppure Budget assegnato alla struttura | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Valutazione richiesta e nomina RUP | Il Direttore della Struttura valuta se approvare le richieste e, nel caso, decide sulla base delle competenze specifiche necessarie, dei carichi di lavoro e dell'assenza di conflitti di interessi; se mantenere il ruolo di RUP o individuare un proprio collaboratore nominandolo con nota e affidandogli l'incarico a procedere in attuazione della delibera aziendale n. 1054 del 13/07/2017. Nel caso di affidamenti trascritti alle SCC, il RUP è individuato dal Direttore di Dipartimento. Nel caso in cui il RUP venga nominato con delibera, nella stessa viene esplicitato il possesso di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 33 del Codice e delle LEGGE AMM. n. 3/2016 e successivi aggiornamenti; la delibera è sottoscritta al controllo del NGTA. Il conflitto di interessi viene rilevato facendo sottoscrivere al RUP nominato apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | Direttore della Struttura competente per il tipo di intervento | Art. 31 D.lgs 50/2016, art. 42 D.lgs 50/2016, art. 6 bis L. 241/1990 Delibera D.G. n. 1064 del 13/07/2017 | Esiste il rischio che il Direttore di Dipartimento o di Struttura sia in conflitto di interessi. Esiste il rischio che il RUP individuato sia in conflitto di interessi. | Conflitto di interessi Conflitto di interessi Mancanza di rotazione | Alto Medio | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio. Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio. | Rilascio da parte del Direttore di Dipartimento/Struttura della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Integrazione della delibera 1064/2017 specificando i criteri per assicurare la rotazione del RUP compatibilmente con le risorse e le competenze disponibili. | | | | | X | X | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del Direttore di Dipartimento/Struttura / N° di procedure di affidamento N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del RUP / N° di procedure di affidamento Integrazione della delibera 1064/2017 specificando i criteri per assicurare la rotazione del RUP compatibilmente con le risorse e le competenze disponibili (SI/NO) | 100% 100% | RESP RESP | Al 31/12 di ogni anno Al 31/12 di ogni anno | | |
| 3 | Definizione documentazione tecnica ed importo a base di affidamento | Il RUP, in qualità di progettista per gli interventi di minor complessità, predisponde e definisce i contenuti della documentazione tecnica, seguendo le indicazioni di legge, e indica le caratteristiche generali delle opere da eseguire senza individuare formule specifiche che potrebbero favorire un operatore economico rispetto ad un altro. Nei casi di interventi di maggior complessità, il progettista viene individuato all'interno del Dipartimento o all'esterno dell'Azienda mediante relativa procedura di affidamento. L'importo a base di affidamento viene determinato applicando alle quantità delle prestazioni i prezzi dettati dai vigenti prezzi della Regione Toscana, ovvero i prezzi della Stazione appaltante, ed in mancanza della corrispondente voce nei prezzi, mediante analisi dei prezzi (applicando alle quantità di materiali, mano d'opera, noti e rapporti, necessari per la realizzazione delle quantità unitarie di ogni voce, i rispettivi prezzi elementari desunti dai listini ufficiali ovvero dai prezzi correnti di mercato) e/o ovvero attraverso indagini di mercato acquisite preventivi da uno o più operatori economici ovvero basandosi sullo storico dei prezzi rilevati per precedenti prestazioni analoghe. Il RUP, in singolo procedimento, nel calcolare l'importo da porre a base dell'affidamento, definisce puntualmente il fabbisogno in relazione all'oggetto dell'appalto, determinando per ogni attività di cui si compone l'affidamento, il relativo importo con la modalità sopra specificata. Con il presente non solo la formulazione di offerte congrue, ma evita anche che la sottostima dell'importo di affidamento possa determinare l'elusione della disciplina prevista dal Codice per importi superiori (divieto di frazionamento). | RUP | Art. 23, 24 del D.lgs 50/2016 Delibera DG 377 del 24/03/2022 | Esiste il rischio potenziale che il RUP incaricato possa condizionare l'esito dell'affidamento con la definizione della documentazione tecnica a causa di un conflitto di interessi. Rischio di frazionamento o di affidamenti ricorrenti | Conflitto di interessi Mancanza di controlli | Medio Alto | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio. Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio. | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Implementazione di un sistema di controlli interni a campione di livello dipartimentale sugli affidamenti di valore superiore a €135.000. | X | | | | | | X | | Implementazione di un sistema di controlli interni a campione di livello dipartimentale sugli affidamenti di valore superiore a €135.000 (SI/NO) Definizione di procedure interne per individuare situazioni di frazionamento o affidamenti ricorrenti attraverso l'utilizzo di appositi indicatori previsti dal PNA 2022-2024 | SI SI | RESP RESP | 30/06/23 30/06/23 | | |
| 4 | Verifica elenco fornitori | Il RUP verifica se nell'elenco aziendale degli operatori economici (approvato con delibera ed aperto all'accesso degli eventuali interessati) sono presenti operatori qualificati per svolgere l'attività richiesta. Se nell'elenco sono presenti uno o più operatori nella categoria richiesta, il RUP sceglie tra questi uno o più operatori a cui inviare la richiesta di offerta. I criteri attualmente presenti valutano solo i requisiti tecnico/professionali degli operatori, evitando comunque di norma di invitare, per prestazioni analoghe, lo stesso operatore più volte: a tal fine nell'elenco aziendale per ogni operatore economico vengono inseriti gli inviti e le aggiudicazioni di precedenti affidamenti aziendali. Nel caso di invito del contenente uscente o dell'operatore economico invitato e non affidatario del precedente affidamento, il RUP deve fornire sempre adeguata motivazione in ordine a tale scelta nella propria relazione. Per affidamenti di importo superiore ad euro 40.000,00 il RUP, precedentemente all'invio della richiesta di offerta, si attiva per l'adozione dell'atto di approvazione della documentazione tecnica posta a base dell'affidamento e propone l'avvio della procedura al Direttore della Struttura competente, sulla base della relazione di avvio redatta dal RUP medesimo. | RUP | Delibera DG 377 del 24/03/2022 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Sceglie fornitore e inoltra richiesta di offerta | Il RUP carica su START/MEPA (in via residuale la procedura può essere fatta con modalità cartacea tramite PEC e-mail per affidamenti di importo inferiore ad euro 5.000,00), la lettera di richiesta di offerta nella quale si specifica anche il criterio di assegnazione e la documentazione tecnica. La richiesta su START/MEPA rimane per un periodo congruo, stabilito dal RUP. | RUP | Delibera DG 377 del 24/03/2022 Art. 36 comma 1 D.lgs. 50/2016 | Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore presente su mercato | Conflitto di interessi Mancanza di regolamentazione | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio. | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Integrazione della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori. | | | | | | X | X | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del RUP / N° di procedure di affidamento Integrazione della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori (SI/NO) | 100% SI | RESP RESP | All'atto della nomina del RUP 30/06/23 | |
| 6 | Ricerca fornitori sul mercato | Nell'eventualità residua in cui nell'elenco non siano presenti uno o più operatori idonei, il RUP li individua sul mercato fra quelli specializzati nel settore di riferimento e, sulla base della adeguata motivazione sulla base della loro esperienza pregressa ed analogia all'oggetto dell'affidamento e delle tempistiche di esecuzione della prestazione. | RUP | Delibera DG 377 del 24/03/2022 Decreto Semplificazioni L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021 | Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore presente sul mercato | Conflitto di interessi Mancanza di regolamentazione | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'esistenza di modalità formali per garantire la rotazione dei fornitori. L'impatto economico e reputazionale si può considerare medio. | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Integrazione della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori. | | | | | X | X | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del RUP / N° di procedure di affidamento Integrazione della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori (SI/NO) | 100% SI | RESP RESP | Al 31/12 di ogni anno 30/06/23 | | |
| 7 | Pubblicazione lettera di richiesta offerta | Il RUP carica su START/MEPA (in via residuale la procedura può essere fatta con modalità cartacea tramite PEC e-mail per affidamenti di importo inferiore ad euro 5.000,00), la lettera di richiesta di offerta nella quale si specifica anche il criterio di assegnazione e la documentazione tecnica. La richiesta su START/MEPA rimane per un periodo congruo, stabilito dal RUP. | RUP | Art. 40, comma 2 D.lgs. 50/2016; Art. 1 comma 1301, 145/2018 di modifica art. 1, comma 450 L. 296/2016 | Esiste il rischio che un operatore venga avvantaggiato o svantaggiato definendo tempi di presentazione delle offerte troppo brevi. | Conflitto di interessi Mancanza di regolamentazione | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio. | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Integrazione della Delibera DG 377 del 24/03/2022 con l'indicazione delle tempistiche minime per la presentazione dell'offerta. | X | | | | | | | X | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del RUP / N° di procedure di affidamento Integrazione della Delibera DG 377 del 24/03/2022 con l'indicazione delle tempistiche minime per la presentazione dell'offerta (SI/NO) | 100% SI | RESP RESP | Al 31/12 di ogni anno 30/06/23 | |
| 8 | Sceglie migliore offerta | Gli operatori economici presentano le loro offerte. Il RUP provvede all'apertura della busta virtuale contenente sia la documentazione amministrativa che l'offerta; per affidamenti di importo superiore ad euro 40.000,00 la data di apertura della busta viene indicata nella richiesta di offerta in modo da consentire la partecipazione da parte degli operatori interessati. Il RUP sceglie l'offerta migliore sulla base del solo prezzo offerto e/o sulla base di elementi qualitativi descritti nella richiesta di offerta. Per gli affidamenti di importo inferiore ad euro 5.000,00, il RUP può non utilizzare la piattaforma telematica START o MEPA e attivare la negoziazione acquisendo uno o più preventivi, mediante l'utilizzo dei mezzi di comunicazione elettronici (e-mail o pec), e successivamente scegliendo il preventivo migliore sulla base del prezzo offerto. Resta ferma la possibilità da parte del RUP di chiedere un miglioramento del prezzo negoziando con l'operatore economico condizioni più vantaggiose. | RUP | Delibera DG 377 del 24/03/2022 | Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore presente sul mercato | Conflitto di interessi | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio. | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | X | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | Al 31/12 di ogni anno | |
| 9 | Elaborazione della relazione con caratteristiche e motivazioni della scelta | Per affidamenti di importo inferiore ad euro 40.000,00 il RUP elabora una relazione unica, sulla base di uno schema tipo unico, in cui riporta tra le altre cose le caratteristiche dell'affidamento, le motivazioni che hanno condotto ad individuare l'operatore economico invitato. Contestualmente verifica se l'operatore economico che ha presentato migliore offerta, ha i requisiti richiesti, se l'offerta presentata è congrua e, in caso di esito positivo, ne propone l'affidamento. Per affidamenti di importo superiore ad euro 40.000,00 il RUP elabora una relazione di avvio dell'affidamento in cui riporta, tra le altre cose, le caratteristiche dell'affidamento e le motivazioni che hanno condotto ad individuare l'operatore economico; elabora inoltre una relazione finale in cui riporta la scelta dell'affidatario, le verifiche sui requisiti effettuate come da verbale strutturato allegato ed allega inoltre il verbale delle operazioni svolte per l'apertura della busta contenente la documentazione amministrativa ed economica. | RUP | Art. 32 comma 2 D.lgs 50/2016 Delibera DG 377 del 24/03/2022 | Mancato rispetto delle procedure per avvantaggiare un fornitore | Eccessiva complessità dei processi Mancanza di controllo di II livello | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché il RUP è una persona competente e adeguatamente formata e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio. | Integrazione della Delibera DG 377 del 24/03/2022 prevedendo l'utilizzo delle check-list contenute nel PNA 2022-2024, per la verifica della completezza e dell'adeguatezza degli atti per le procedure superiori a €6000 (SI/NO) | | X | | X | | | | | Integrazione della Delibera DG 377 del 24/03/2022 prevedendo l'utilizzo delle check-list contenute nel PNA 2022-2024, per la verifica della completezza e dell'adeguatezza degli atti per le procedure superiori a €6000 (SI/NO) | SI | RESP | 30/06/23 | | |
| 10 | Aggiudicazione affidamento | Il Direttore di struttura di appartenenza del RUP provvede con determina ad approvare e la relazione e la documentazione allegata, trasmessagli dal RUP, ed affida il servizio/fornitura all'operatore economico precedentemente individuato. Per gli affidamenti di importo inferiore ad euro 5000,00 la determina di norma può comprendere più affidamenti e viene adottata entro il mese successivo alla data dell'ultimo affidamento. | RUP/Direttore di Struttura | Delibera DG 377 del 24/03/2022 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Stipula contratto | Il Direttore della struttura stipula il contratto con l'operatore economico tramite scambio di corrispondenza - PEC, per gli affidamenti di importo inferiore ad euro 5.000,00. Incontrata si intende stipulato, di norma, con l'ordine sottoscritto dal Direttore della struttura competente. | Direttore di Struttura | Delibera DG 377 del 24/03/2022 Art. 32 comma 14 D.lgs 50/2016 | Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionate dalla presenza di conflitti di interessi dell'operatore | Conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la presenza di conflitti di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio. | Rilascio da parte dell'operatore della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | X | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | Al 31/12 di ogni anno | |
| 12 | Pubblicazione | Pubblicazione della documentazione inerente la procedura unitamente alla determina di affidamento su Amministrazione Trasparente nonché sul sistema telematico Osservatorio dei Contratti Pubblici. | RUP con il supporto del personale amministrativo del Dipartimento Area Tecnica | Delibera DG 377 del 24/03/2022 Art. 29, comma 1 e 2 D.lgs 50/2016 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Dati generali

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | SERVIZI IVI COMPRESI I SERVIZI DI INGEGNERIA E DI ARCHITETTURA da euro 139.000,00 fino alla soglia di cui all'art. 35 del D. Lgs. 50/2016 e ss.mm. - procedura negoziata - criterio minor prezzo e OEPV (in deroga all'art. 36 comma 2 e all'art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021) |
| Area di rischio: | Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture) |
| Processi connessi: | |
| Codice: | ARETEC004 |
| DIR: | Sergio Lami |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Area Tecnica |
| RESP: | Massimo Martellini, Guido Bilello, Luca Salvadori, Luca Tani, Pierluigi Bellagambi, Luca Meucci, Luca Meucci, Ivo Bigazzi, Ermes Tesi, Ermes Tesi, Gianluca Gavazzi |
| Struttura del RESP: | SOC Appalti e Supporto Amministrativo, SOC Patrimonio, SOC Manutenzione Immobili Empoli, SOC Gestione Investimenti Empoli, SOC Manutenzione Immobili Firenze, SOC Gestione Investimenti Zona Firenze, SOS Gestione Investimenti Ospedali Firenze, SOS Gestione Investimenti Territorio Firenze, SOC Manutenzione Immobili Pistoia, SOC Gestione Investimenti Pistoia, SOC Gestione Investimenti e Manutenzione Immobili Prato |
| Data di aggiornamento: | 06/12/2022 |

Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|---|--|--|--|----------------------|
| Direzione Aziendale, Ospedaliera o Territoriale | Recepimento atti di programmazione, richiesta di attivazione servizio o servizio di ingegneria e di architettura o riscontro della necessità da parte del Direttore di Dipartimento/Area/Struttura | Il processo gestisce tutte le attività relative all'espletamento della procedura negoziata per l'acquisizione di servizi, ivi compresi servizi di ingegneria e di architettura di importo compreso tra euro 139.000,00 fino alle soglie di cui all'art. 35 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm. con il criterio del minor prezzo o OEPV (in deroga all'art. 36 comma 2 e all'art. 157 comma 2 del D.lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni: L. 120/2020 di conversione del D.L. 76/2020 modificata dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021) | Determina Dirigenziale di aggiudicazione, Contratto stipulato con l'aggiudicatario | Operatori economici. |

| ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|---|---|---------------------|---|--|--|--|--|--------------------------|--|--|---|--------------------|--------------------|
| ARETECO4 - SERVIZI IVI COMPRESI I SERVIZI DI INGEGNERIA E DI ARCHITETTURA da euro 139.000,00 fino alla soglia di cui all' art. 35 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m. - procedura negoziata - criterio minor prezzo e OEP (in deroga all' art. 36 comma 2 e all' art. 157 comma 2 del D. lgs 50/2016 ai sensi del Decreto Semplificazioni L. 120/2020 di conversione del D.L. 77/2021 - 06/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vinculi | Rischi di corruzione | Valutazione del rischio | | Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | Indicatori di attuazione | | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | |
| CN | TR | ET | RG | SA | FR | RT | CI | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Nomina Commissione giudicatrice delle offerte tecniche ed economiche nelle procedure aggiudicate con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa | Nel caso affidamenti di servizi da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa ai sensi dell'art. 95 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m., a seguito della scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte, il RUP propone al Direttore del Dipartimento Area Tecnica i nominati dei componenti della Commissione giudicatrice deputati alla valutazione delle offerte tecniche e al controllo delle offerte economiche, scelti tra dipendenti in servizio presso il Dipartimento Area Tecnica (previo acquisto di ciascuno di essi il curriculum vitae che ne dimostra la correttezza, e la dichiarazione di accettazione dell'incarico, nella quale viene esclusa la sussistenza di conflitti di interesse con gli Operatori economici ammessi a tale fase di gara). Il Direttore del Dipartimento Area Tecnica designa la Commissione giudicatrice con nota indirizzata al Direttore SOC Appalti e supporta il supporto amministrativo. Il Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo, con propria determinazione, nomina la Commissione giudicatrice ai sensi dell'art. 77 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m. La suddetta determinazione ed il curriculum dei componenti della Commissione sono soggetti agli obblighi di pubblicazione ai sensi dell'art. 29 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m. Ai sensi del Decreto Semplificazioni L. 120/2020 di conversione del D.L. 77/2021 modificato dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021, fino al 30/06/2023, è sospeso il comma 3 dell'art. 77 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m. che prevede la scelta dei commissari tra gli iscritti all'albo istituito presso ANAC. | RUP, Direttore Dipartimento Area Tecnica, Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo, Componenti titolari e supplenti della Commissione giudicatrice | Delibera n. 885/2017, art. 77 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m. Come modificato dal decreto Semplificazioni L. 120/2020 di conversione del D.L. 77/2021 modificato dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021. | Esiste il rischio che i membri della commissione giudicatrice siano in conflitto di interessi | Conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la presenza di conflitti di interessi e discrezionalità, inoltre, l'impatto è rilevante per i rilevanti interessi economici | Rilascio da parte dei membri della commissione giudicatrice della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | X | | | | | | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dei membri della commissione giudicatrice / N° membri commissione giudicatrice per ogni gara | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 13 | Valutazione delle offerte tecniche degli Operatori economici ammessi a tale fase di gara | La commissione giudicatrice, in seduta riservata, procede all'esame ed alla valutazione delle offerte tecniche e all'assegnazione dei relativi punteggi applicando criteri e le formule indicate nella lettera di invito. Successivamente, in seduta pubblica, la commissione giudicatrice procede a lettura ed apertura degli inviti, attribuisce alle singole offerte tecniche e ad inserirsi sul sistema telematico di negoziazione. | RUP, Direttore Dipartimento Area Tecnica, Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo, Componenti titolari e supplenti della Commissione giudicatrice | Lettera di invito (ex specialità di gara) Linee Guida ANAC n. 2 D. Lgs. 50/2016 e s.m.m. Come modificato dal decreto Semplificazioni L. 120/2020 di conversione del D.L. 77/2021 modificato dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021 | Esiste il rischio che i membri della commissione giudicatrice siano in conflitto di interessi | Conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la presenza di conflitti di interessi e discrezionalità, inoltre, l'impatto è rilevante per i rilevanti interessi economici | Rilascio da parte dei membri della commissione giudicatrice della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | X | | | | | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dei membri della commissione giudicatrice / N° membri commissione giudicatrice per ogni gara | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 14 | Esame delle offerte economiche pervenute dai concorrenti offerenti | Al termine degli adempimenti relativi alla verifica della documentazione amministrativa (nel caso di affidamenti con il criterio del prezzo più basso) o al termine della valutazione delle offerte tecniche (nel caso di affidamenti con offerta economicamente più vantaggiosa), l'Organismo/Commissione giudicatrice riprende la seduta pubblica di gara per aprire le offerte economiche, verificare la regolarità formale e classificarla di gara, formulare la proposta di aggiudicazione in favore della migliore offerta risultata tecnicamente e redditualmente valida e regolarità di gara. Con questa fase terminano le funzioni dell'Organismo/Commissione giudicatrice che, nel caso in cui la migliore offerta sia risultata non ammissibile, trasmette, con apposita nota, alla SOC Appalti e supporto amministrativo i dati relativi al concorrente primo classificato (a cui offerta è stata congegnata) e i verbali delle sedute di gara per gli adempimenti connessi con l'aggiudicazione di esiti irregolari. Nel caso di offerta aggiudicata con il criterio del prezzo più basso è obbligatorio dare applicazione all'esclusione automatica delle offerte previste dall'articolo 97 comma 8 del Codice, se il numero delle offerte ammesse è pari o superiore a cinque, come previsto dall'art. 1, co. 3 del D.L. 77/2021 convertito con legge n. 108 del 29/07/2021. In tal caso, l'Organismo chiama la soglia di anomalia secondo il metodo di cui all'art. 97 comma 2 e 3 bis del Codice in relazione al numero delle offerte ammesse i calcoli per determinare la soglia di anomalia sono volti mediante il sistema telematico di negoziazione. Il sistema telematico di negoziazione delle offerte che risultano pari o superiori alla soglia di anomalia. L'Organismo procede a formulare proposta di aggiudicazione in favore del concorrente che ha presentato l'offerta più vicina per difetto alla soglia stessa. | Organismo di verifica della documentazione amministrativa e controllo delle offerte economiche (composto dal Responsabile del Procedimento di gara e da due assistenti) | Lettera di invito (ex specialità di gara) D. Lgs. 50/2016 e s.m.m. Come modificato dal decreto Semplificazioni L. 120/2020 di conversione del D.L. 77/2021 modificato dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021 | Esiste il rischio che i membri dell'organismo di verifica siano in conflitto di interessi | Conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la presenza di conflitti di interessi e discrezionalità, inoltre, l'impatto è rilevante per i rilevanti interessi economici | Rilascio da parte dei membri dell'organismo di verifica della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | X | | | | | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dei membri dell'organismo di verifica / N° membri organismo di verifica per ogni gara | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 15 | Verifica della congruità dell'offerta | Nel caso delle procedure aggiudicate con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, ove il numero delle offerte ammesse sia pari o superiore a tre ai sensi del comma 3 dell'art. 97 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m., quando all'esito del controllo delle offerte economiche del Concorso ammessi e alla formazione automatica della classifica di gara, il sistema telematico evidenzia l'anomalia su alcune offerte presentate, si procederà con il sub procedimento di verifica di congruità sulla prima offerta in classifica risultata potenzialmente anomala. Nel caso di procedura aggiudicata con il criterio del prezzo più basso, si procederà con il sub procedimento di verifica di congruità sulla prima offerta in classifica risultata potenzialmente anomala. Nel caso di procedura di gara in base ad elementi di verifica di congruità dell'offerta, il sub procedimento di verifica dell'anomalia prevede la presentazione delle giustificazioni da parte dell'offerente, la valutazione della stessa da parte del RUP, supportato dalla Commissione Giudicatrice e, infine, l'esito della valutazione con congruità dell'offerta con conseguente pubblicazione della proposta di aggiudicazione in favore dell'operatore che ha presentato tale offerta) oppure di un giudizio di non congruità, supportato da una rigoria ed analitica motivazione da parte della stazione appaltante (con conseguente adozione di un atto di esclusione dell'offerta menata anomala). | Responsabile Unico del Procedimento supportato, se previsto, da commissione nominata ad hoc | art. 97 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m. come derogato in ultimo dall'art. 1, comma 3, del D.L. 77/2021 convertito con legge n. 108 del 29/07/2021. Linee guida ANAC n. 3, lettera di invito (ex specialità di gara) | Esiste il rischio che il RUP sia in conflitto di interessi | Conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare alto | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi | X | | | | | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del RUP / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 16 | Verifiche sul Concorrente a favore del quale è stata avanzata la proposta di aggiudicazione | Nei confronti dell'Operatore economico a favore del quale è stata formulata proposta di aggiudicazione vengono effettuate le seguenti verifiche: 1) COSTI DELLA MANODOPERA (solo per servizi esclusi servizi di ingegneria ed architettura, se non effettuati in sede di verifica di congruità dell'offerta); 2) Responsabili del Procedimento di gara, per conto del RUP, richieste per iscritto, e assegna all'operatore economico un termine non inferiore a 7 giorni, per la presentazione delle spiegazioni circa la stima dei costi del personale indicato in offerta; 3) IDONEITÀ TECNICO PROFESSIONALE: (solo per servizi esclusi servizi di ingegneria ed architettura) il Responsabile del Procedimento di gara, per conto del RUP, fornisce, e assegna all'operatore economico un termine non inferiore a 7 giorni, per la presentazione della documentazione (DUE, RUP, medico competente, formazione dei lavoratori in materia di sicurezza e salute ai sensi dell'articolo 37 del D.L. 81/2008) utile a dimostrare il possesso dei requisiti tecnico professionali dell'operatore economico; 4) POSSIBILITÀ INDEBITI DI ORDINE GENERALE E SPECIALE: la Stazione appaltante effettua l'ufficio di tramite il portale AVCPASS dell'ANAC (in caso di necessità anche nei confronti del Concorrente) e l'Operatore economico la documentazione a stampa del possesso del requisito) le verifiche sull'assenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m. e le verifiche sul possesso dei requisiti di cui all'art. 83 e 84 (nei lavori) del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m.; 5) VERIFICA ANTIRACKET: la Stazione appaltante, tramite consultazione telematica della Banca Dati Nazionale della Documentazione Antiracket (BDNA), prima della stipula del contratto, acquisisce la documentazione antimafia, costituita dalla comunicazione antimafia e dall'informazione antimafia (secondo l'imposto del contratto, nel rispetto delle soglie previste dal D. Lgs. 159/2011 e dal D.P.C.M. 193/2014), al fine di accertare la sussistenza o meno di una delle cause di decadenza, di esclusione o di divieto di cui all'art. 67 del D. Lgs. 159/2011 e la sussistenza o meno di eventuali tentativi di infiltrazione mafiosa. | Responsabile del Procedimento di gara, RUP, personale amministrativo assegnato alla SOC Appalti e supporto amministrativo | art. 95, comma 10, ultimo capoverso, art. 97, comma 5, lettera d) del D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.m., art. 16 della L. n° 38/2007, D. Lgs. 81/2008, tabelli vigenti di cui al Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, CCNL n. art. 80 (come modificato dalla legge Europea n. 238 del 23/12/2021), 89 e 84 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m., D. Lgs. 159/2011 e D.P.C.M. 193/2014, AVCPASS di ANAC, BDNA | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Determina di aggiudicazione | La Stazione appaltante (verificata con esito positivo il costo della manodopera indicato a sede di offerta dal concorrente a favore del quale è stata formulata proposta di aggiudicazione e verificate l'idoneità tecnico professionale ai sensi dell'art. 16 della L.R. 38/2007) provvede all'aggiudicazione con determinazione dirigenziale e all'invio, entro cinque giorni dal predetto atto, delle comunicazioni relative all'aggiudicazione previste dall'art. 76, co. 5, lett. a) del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m. Qualora le suddette verifiche abbiano dato esito negativo, la Stazione appaltante esclude l'offerta revocando la proposta di aggiudicazione e comunicando l'esclusione al concorrente stesso, e procede allo scorrimento della graduatoria (nel caso di esito negativo dell'idoneità tecnico professionale, la Stazione appaltante, inoltre, comunica l'esito negativo della verifica al competente Dipartimento di Prevenzione per gli adempimenti di competenza, nonché all'Observatorio regionale sui contratti pubblici e comunica altresì l'esito negativo della verifica all'Autorità Nazionale Anticorruzione, in quanto grave violazione in materia di contratti pubblici) (art. 80, comma 5, lettera a) del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m.). Dall'adozione della determina di aggiudicazione decorre il termine di efficacia del contratto (secondo il contratto, standi stilli) e il termine di 30 giorni per la proposizione di eventuali ricorsi, di cui viene dato notizia sia all'aggiudicatario sia agli altri offerenti non esclusi dalla procedura e con le comunicazioni di cui all'art. 76 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.m. avanti menzionato. Nel caso in cui il RUP dichiari con propria nota l'urgenza dell'affidamento in questione, l'esecuzione del contratto può essere disposta anche prima della determinazione delle more del completamento delle verifiche sui requisiti di carattere generale e speciale ai sensi dell'art. 32, co. 8 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m. Fino al 30/06/2023 è sempre autorizzata l'esecuzione del servizio in via d'urgenza, secondo quanto disposto all'art. 8, comma 1, lett. a) del Decreto Semplificazioni L. 120/2020 di conversione del D.L. 77/2021 modificato dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021. | Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo, personale amministrativo in forza alla stessa struttura | art. 32, 33 e 76 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.m. Linee guida ANAC n. 4, art. 8, comma 1, lett. a) del Decreto Semplificazioni L. 120/2020 di conversione del D.L. 77/2021, modificato dalla L. 108/2021 di conversione del D.L. 77/2021. | Mancato rispetto delle procedure per avvantaggiare un fornitore | Eccessiva complessità dei processi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta data la complessità del processo e l'impatto economico e reputazionale si può considerare alto | Integrazione della Delibera DG 377 del 24/03/2022 prevedendo l'utilizzo delle check-list contenute nel PNA 2022-2024, per la verifica della completezza e dell'adeguatezza degli atti per tutte le procedure. | X | X | | | | | | Integrazione della Delibera DG 377 del 24/03/2022 prevedendo l'utilizzo delle check-list contenute nel PNA 2022-2024, per la verifica della completezza e dell'adeguatezza degli atti per tutte le procedure (S/N/O) | 50% | RESP | 30/06/23 | |
| 18 | Determina di dichiarazione di efficacia dell'aggiudicazione/Determina di aggiudicazione con contestuale dichiarazione di efficacia | Una volta conclusa con esito positivo le verifiche sul possesso dei requisiti di ordine generale e speciale di cui agli artt. 80, 83 e 84, la Stazione appaltante provvede con determinazione dirigenziale a dichiarare l'aggiudicazione già disposta con precedente provvedimento come descritto nella precedente fase n. 17. Entro i successivi 60 giorni avverrà la stipula del contratto. La Stazione appaltante può, con proprio provvedimento dirigenziale, disporre l'aggiudicazione e la contestuale dichiarazione di efficacia della stessa nel caso in cui il RUP posseda dei requisiti di carattere generale e speciale e siano concluse contestualmente alle verifiche dei costi della manodopera e dell'idoneità tecnico professionale, nel 30 giorni dalla formulazione della proposta di aggiudicazione. In caso di esito negativo delle verifiche sul possesso dei requisiti di carattere generale e speciale, la Stazione appaltante provvede a revocare l'aggiudicazione con proprio provvedimento dirigenziale, a segnalare all'ANAC la violazione commessa, a scorrere la graduatoria per procedere alla predetta verifica sul secondo concorrente in classifica. | Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo, personale amministrativo in forza alla stessa struttura | art. 32, 33 e 76 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.m. Linee guida ANAC n. 4 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Stipula del contratto | La stipulazione del contratto deve avere luogo, ai sensi dell'art. 32, comma 8, del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m., entro 60 giorni dall'avvenuta efficacia dell'aggiudicazione. Al fine di addebiare alla stipula del contratto l'aggiudicatario deve preliminarmente presentare la documentazione prevista nella lettera di invito (garanzia definitiva, solita assicurativa, trascrivibile finanziariamente) e depositare il contratto. Il contratto può essere stipulato in forma di corrispondenza secondo l'uso del commercio, come previsto dall'art. 33, co. 14 del D. Lgs. 50/2016 e s.m.m. Entro cinque giorni dalla stipula, la Stazione appaltante provvede a dare comunicazione a tutti gli offerenti con apposite note, come previsto all'art. 76, co. 5, lett. d) del D.Lgs. 50/2016 e s.m.m. | Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo, personale amministrativo in forza alla stessa struttura | Art. 32 e 76 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.m. Linee guida ANAC n. 4 | Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionati dalla presenza di conflitti di interessi dell'Operatore | Conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la presenza di conflitti di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte dell'operatore della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | X | | | | | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 20 | Avviso relativo all'appalto aggiudicato | Ai sensi dell'art. 98 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.m., la Stazione appaltante pubblica su Amministrazione trasparente e sull'Observatorio regionale dei contratti pubblici l'avviso sui risultati della procedura di aggiudicazione | Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo, personale amministrativo in forza alla stessa struttura | art. 98 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.m. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Dismissione, alienazione e donazioni beni mobili di proprietà |
| Area di rischio: | Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio |
| Processi connessi: | |
| Codice: | ARETEC006 |
| DIR: | Sergio Lami |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Area Tecnica |
| RESP: | Guido Bilello |
| Struttura del RESP: | SOC Patrimonio |
| Data di aggiornamento: | 16/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|------------------------------|---|---|---|---|
| Tutte le strutture aziendali | Proposta di fuori uso di un bene mobile | Il processo gestisce tutte le attività di dismissione, alienazione e donazioni dei beni mobili di proprietà | Delibera dismissione, alienazione e donazione | Operatori economici ed associazioni no profit |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Concessione contributi per parrucche, modifica strumenti di guida per disabili, metodo riabilitativo Doman e Fay per disabili, trattamenti dialitici domiciliari, trasporto con mezzo proprio per dialisi ospedaliera e rimborsi per trapianti fuori Regione |
| Area di rischio: | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Processi connessi: | |
| Codice: | DECENT001 |
| DIR: | Rita Bonciani |
| Struttura del DIR: | Dipartimento del Decentramento |
| RESP: | Annalisa Ghiribelli (Firenze - Empoli) e Cristina Maggini (Prato – Pistoia) |
| Struttura del RESP: | SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS Servizi per il territorio e sociale Prato, Pistoia |
| Data di aggiornamento: | 25/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|-------------------------------|--|--|---|----------------|
| Cittadini Associazione AVO | Domanda per il riconoscimento di un contributo | Il processo riguarda la gestione della concessione di contributi per parrucche - modifica strumenti di guida per disabili - metodo riabilitativo Doman e Fay per disabili - trattamenti dialitici domiciliari - trasporto con mezzo proprio per dialisi ospedaliera e rimborsi per trapianti fuori Regione | L'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) | SOC Fornitori |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|--|-----------------------------------|--|--|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|--------------------|----------|--|--|--|--|----|---|----------|
| DECENT001 - Concessione contributi per parrucche, modifica strumenti di guida per disabili, metodo riabilitativo Doman e Fay per disabili, trattamenti dialitici domiciliari, trasporto con mezzo proprio per dialisi ospedaliera e rimborsi per trapianti fuori Regione - 22/01/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Recepimento dell'istanza, trasmissione agli Uffici amministrativi competenti e istruttoria dell'istanza | <p>Contributo per parrucche: come da procedura aziendale codificata e da modulistica approvata, l'avente diritto presenta, su apposita modulistica, l'istanza allo sportello competente (Punti Insieme, P.I.A, Uffici Amministrativi/Protocollo decentrat) il cui elenco è presente nel sito aziendale. L'istanza può essere presentata anche dall'Associazione AVO con la quale l'AUSL TC ha sottoscritto apposita convenzione. L'Ufficio ricevente o l'Associazione AVO, effettua una prima verifica formale sulla completezza della documentazione presentata, ovvero la presenza di tutti i dati richiesti nonché degli allegati richiesti dalla stessa istanza. Nel caso di mancanza di dati o documenti allegati richiesti, l'Ufficio ricevente informa l'utente al fine di integrare la documentazione mancante. L'Ufficio ricevente o l'Associazione AVO invia l'istanza all'apposito Ufficio amministrativo liquidatore.</p> <p>Contributo per modifica strumenti di guida per disabili/ Contributo per metodo riabilitativo Doman e Fay per disabili: come da procedura aziendale codificata e da modulistica approvata, l'avente diritto presenta l'istanza allo sportello competente (Punti Insieme, P.I.A, Uffici Amministrativi/ Protocollo decentrat, il cui elenco è presente nel sito aziendale). L'Ufficio ricevente, effettua una prima verifica formale sulla completezza della documentazione presentata, ovvero la presenza di tutti i dati richiesti nonché degli allegati richiesti dalla stessa istanza. Nel caso di mancanza di dati o dei documenti allegati richiesti, l'Ufficio ricevente informa l'utente al fine di integrare la documentazione mancante. L'Ufficio ricevente invia l'istanza all'apposito Ufficio amministrativo liquidatore.</p> <p>Contributo per trattamenti dialitici domiciliari e contributo trasporto con mezzo proprio per dialisi ospedaliera: come da modulistica approvata, l'avente diritto, al momento del suo ingresso al Centro dialisi e all'inizio dell'anno solare, effettua l'istanza su apposita modulistica consegnata dall'operatore sanitario di una delle strutture nelle quali è possibile effettuare la cura. L'istanza è controfirmata dal responsabile del Centro dialisi che attesta lo svolgimento del trattamento di cura presso la propria Struttura: - Struttura pubblica di Nefrologia degli Ospedali della AUSL TC - Casa di Cura Ulivella e Clica - Ospedale di Careggi - Ospedale Meyer L'istanza è inviata dall'operatore della struttura scelta dall'utente all'apposito Ufficio Amministrativo liquidatore.</p> <p>Rimborso spese per trapianti fuori Regione: L'avente diritto presenta l'istanza alla Segreteria Donazioni e Trapianti dell'Azienda USL TC che funge anche da Ufficio Amministrativo liquidatore il quale effettua la verifica sulla completezza della documentazione presentata ed in caso di mancanza di dati o di allegati richiesti informa l'utente al fine di integrare la documentazione mancante.</p> | Amministrativo Operatore sanitario | <p>Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi Legge 104/1992 e smi Dlgs 38/2014 DM 3/11/1989 DPCM 1/12/2000 Circ. Min. Salute 33/1989 DCRT 148/1997 DCRT 373/1996 L.R.T. 40/2009 L.R.T. 41/2009 L.R.T. 12/2019 DCRT 1061/2000 DCRT 738/2006 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009</p> <p>Procedure aziendali e relativa modulistica: Per dialisi: procedura IO.DDEC.03 Per parrucche: procedura PS.DDEC.06 Per procedura metodo riabilitativo Fay Doman: PS.DDEC.11 Per procedura strumenti di guida: PS.DDEC.12 Per procedura controlli sulle autocertificazioni e controlli contabili: in via di pubblicazione da parte della SOC Governance Clinico Assistenziale</p> | <p>Rischio di accettazione della istanza di rimborso spese per trapianti fuori Regione in mancanza dei requisiti richiesti e della documentazione prevista per legge utile all'attribuzione del vantaggio/beneficio</p> | Mancanza di procedura per i trapianti fuori Regione codificata dalla SOC Governance Clinico Assistenziale | Medio | Il rischio risulta medio per la mancanza di una procedura aziendale e relativa modulistica per i trapianti fuori Regione e per la possibile presenza di conflitti di interessi nell'erogazione dei servizi descritti | <p>Elaborazione di una procedura per rimborso spese per trapianti fuori Regione che definisca modalità e tempistica dell'attività svolta dagli Uffici. Attività di condivisione tra tutte le strutture/Uffici coinvolti per uniformare tramite procedure la gestione e la tempistica delle attività.</p> | X | | | X | | | | | | | Approvazione della procedura aziendale per trapianti fuori Regione codificata dalla SOC Governance Clinico Assistenziale(SI/NO) | SI | RESP | 31/12/23 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Approvazione della modulistica da parte della SOC Governance Clinico Assistenziale e utilizzo della modulistica SI/NO) | SI | RESP | 31/12/23 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori | 100% |
| 2 | Definizione della pratica per il riconoscimento del contributo e emissione dell'ordine di pagamento. | L'Ufficio amministrativo liquidatore di Zona competente per ciascun servizio, in conformità alla procedura aziendale codificata relativa ai controlli delle dichiarazioni sostitutive di certificazione: - Redige un ruolo sulla tipologia file CSV inserendo tutti i dati utili per l'emissione dell'ordine e ricevimento (nome, cognome, modalità di pagamento, se per cassa o per bonifico, numero IBAN etc.) - Effettua l'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) per il totale del ruolo. Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione. Il ruolo CSV viene inviato via mail alla SOC Fornitori. | Amministrativo Ufficio Liquidatore di Zona competente per attività | <p>Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi Legge 104/1992 e smi Dlgs 38/2014 DM 3/11/1989 DPCM 1/12/2000 Circ. Min. Salute 33/1989 DCRT 148/1997 DCRT 373/1996 L.R.T. 40/2009 L.R.T. 41/2009 L.R.T. 12/2019 DCRT 1061/2000 DCRT 738/2006 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009</p> <p>Procedure aziendali e relativa modulistica: Per dialisi: procedura IO.DDEC.03 Per parrucche: procedura PS.DDEC.06 Per procedura metodo riabilitativo Fay Doman: PS.DDEC.11 Per procedura strumenti di guida: PS.DDEC.12 Per procedura controlli sulle autocertificazioni e controlli contabili: in via di pubblicazione da parte della SOC Governance Clinico Assistenziale</p> | Rischio di riconoscimento parziale/parziale del vantaggio/beneficio economico rispetto alla documentazione prodotta | Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfineabile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi | Medio | Il rischio risulta medio per la presenza di possibili conflitti di interesse e gli elevati interessi economici | Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | | | | N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori | RESP | 31/12 di ogni anno | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Concessione contributi per malattie rare, contributi per cure climatiche per disabili, assegno di cura per la SLA |
| Area di rischio: | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Processi connessi: | |
| Codice: | DECENT002 |
| DIR: | Rita Bonciani |
| Struttura del DIR: | Dipartimento del Decentramento |
| RESP: | Annalisa Ghiribelli (Firenze – Empoli) - Cristina Maggini (Prato – Pistoia) |
| Struttura del RESP: | SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS SOS Servizi per il territorio e sociale Prato, Pistoia |
| Data di aggiornamento: | 25/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|------------------|---|---|---|----------------|
| Cittadini | Domanda per il riconoscimento di contributi | Il processo riguarda la gestione della concessione di contributi per malattie rare, contributi per cure climatiche per disabili, assegno di cura per la SLA | L'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) | SOC Fornitori |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|--|-----------------------------------|--|---|-------------------------------|----|----|----|----|----|--------------------------|--|---|----------|--------------------|--------------------|
| DECENT002 - Concessione contributi per malattie rare, contributi per cure climatiche per disabili, assegno di cura per la SLA - 25/01/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifica di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicators | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | | | | | RT | CI |
| 1 | Recepimento dell'istanza e trasmissione agli Uffici amministrativi competenti e istruttoria dell'istanza | L'avente diritto presenta l'istanza per la concessione del contributo per malattie rare, per l'assegno di cura SLA e per il contributo per soggiorni climatici, come da procedura e modulistica codificata dall'AUSLTC, allo sportello competente (Punti Insieme, PUA, Uffici Amministrativi/Protocollo decentrati). Per le malattie rare anche all'Ufficio Protocollo centrale. L'Ufficio ricevente effettua una prima verifica formale sulla completezza della documentazione presentata, ovvero la presenza degli allegati richiesti dalla domanda stessa. Nel caso di mancanza dei documenti allegati richiesti, l'Ufficio ricevente informa l'utente al fine di integrare la documentazione mancante. L'Ufficio ricevente trasmette l'istanza: - alla Segreteria dell'apposita Commissione aziendale (per il contributo malattie rare); - all'Ufficio amministrativo zonale dell'UVM (per l'assegno di cura SLA); - al Medico specialistico dell'Azienda USLTC (per il contributo soggiorni climatici). | Amministrativo, Operatore sanitario | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi Dlgs 38/2014 DM 3/11/1989 DPCM 1/12/2000 Circ. Min. Salute 33/1989 L.R. 40/2009 - 41/2009 Delibera GRT 493/2001 - Delibera GRT 607/2005 Delibera GRT 721/2009 Delibera GRT 358/1996 Direttiva UE 24/2011 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009 Procedura aziendale e modulistica per cure climatiche: PS.DDEC.10 | Rischio che l'operatore possa riconoscere un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un soggetto beneficiario | Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfonderibile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi | Medio | Il rischio risulta medio per la presenza di possibili conflitti di interesse per gli elevati interessi economici | Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | X | N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 2 | Acquisizione parere endoprocedimentale dalle Commissioni/UVM/Medico coinvolti | Contributo malattie rare e assegno di cura per la SLA: La Commissione/UVM rilascia il parere/la valutazione professionale a cura dei professionisti che la compongono e, tramite la Segreteria Amministrativa/Ufficio Amministrativo zonale, verbalizzano i risultati della seduta e redigono e inviano la lettera di risposta all'utente allegando anche tutta la documentazione necessaria per la liquidazione del contributo/assegno di cura (modulo di richiesta erogazione contributo/assegno di cura). Contributo soggiorni climatici-terapeutici-termali per invalidi: Il Medico Specialista/Medico di Presidio dell'AUSL TC invia all'Ufficio Amministrativo zonale la valutazione effettuata e l'Ufficio stesso trasmette la lettera di risposta all'utente allegando anche tutta la documentazione necessaria per la liquidazione del contributo, di cui alla procedura e al modulo di richiesta di erogazione contributo codificati dall'AUSLTC. | I componenti della Commissione aziendale per la SLA sono i Medici nominati dalla Direzione aziendale. Possono essere presenti anche i direttori di Dipartimento cui afferisce la patologia trattata. I componenti dell'UVM zonale sono il medico del presidio, l'infermiere, l'assistente sociale, tutti nominati dalla Direzione aziendale. Il Medico specialista per invalidi è il fisiatra o il Medico di presidio. Segreteria Amministrativa / Ufficio Amministrativo zonale | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi Dlgs 38/2014 DM 3/11/1989 DPCM 1/12/2000 Circ. Min. Salute 33/1989 L.R. 40/2009 L.R. 41/2009 Delibera GRT 493/2001 - Delibera GRT 607/2005 Delibera GRT 721/2009 Delibera GRT 358/1996 Direttiva UE 24/2011 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009 Atti del DG di nomina della Commissione/UVM/Medico Specialista Procedura aziendale e modulistica per cure climatiche: PS.DDEC.10 | La Commissione/UVM/Medico o può riconoscere un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un soggetto beneficiario | Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfonderibile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi | Medio | Il rischio risulta medio a causa della presenza di possibili conflitti di interessi e degli elevati interessi economici che sono mitigati dalla collegialità della decisione | Per il contributo malattie rare e assegno di cura SLA si procede all'acquisizione, da parte della Segreteria Amministrativa / Ufficio Amministrativo zonale, (per ciascun parere/verbale e con riferimento a ciascun soggetto coinvolto), delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi firmate dagli operatori presenti in Commissione, le quali vengono stampate direttamente dal l'applicativo in uso (Aster Simms) | | | | | | | X | N° dichiarazioni rilasciate dagli operatori presenti in Commissione, per anno e per ciascun parere-verbale | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 3 | Definizione della pratica per il riconoscimento del contributo/assegno di cura ed emissione dell'ordine di pagamento | L'avente diritto trasmette tutta la documentazione utile al riconoscimento del contributo/assegno all'Ufficio amministrativo liquidatore di Zona, competente per ciascun servizio che, in conformità alla procedura aziendale codificata relativa ai controlli delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e controlli contabili: - Redige un ruolo su apposita modulistica CSV inserendo tutti i dati utili per l'emissione dell'ordine e ricevimento (nome, cognome, modalità di pagamento, se per cassa o per bonifico, numero IBAN etc.); - Effettua l'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) per il totale del ruolo. Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione. Il ruolo CSV viene inviato via mail alla SOC Fornitori. | Ufficio Amministrativo Liquidatore competente per attività | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi Dlgs 38/2014 DM 3/11/1989 DPCM 1/12/2000 Circ. Min. Salute 33/1989 L.R. 40/2009 L.R. 41/2009 Delibera GRT 493/2001 - Delibera GRT 607/2005 Delibera GRT 721/2009 Delibera GRT 358/1996 Direttiva UE 24/2011 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009 Atti del DG di nomina della Commissione/UVM/Medico Specialista Procedura aziendale controlli sulle autocertificazioni e controlli contabili: in via di pubblicazione da parte della SOC Governance Clinico Assistenziale | Rischio di riconoscimento parziale/tardivo del vantaggio/beneficio economico rispetto alla documentazione prodotta | Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfonderibile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi | Medio | Il rischio risulta medio per la presenza di possibili conflitti di interesse per gli elevati interessi economici | Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | X | N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Quota sanitaria RSA/RSD |
| Area di rischio: | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Processi connessi: | |
| Codice: | DECENT003 |
| DIR: | Rita Bonciani |
| Struttura del DIR: | Dipartimento del Decentramento |
| RESP: | Annalisa Ghibelli (Firenze– Empoli) Cristina Maggini (Prato – Pistoia) |
| Struttura del RESP: | SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS Servizi per il territorio e sociale Prato, Pistoia |
| Data di aggiornamento: | 25/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|------------------|--|--|---|----------------|
| Cittadini | Domanda per il riconoscimento Della quota sanitaria per Residenze sanitarie anziani (RSA) e disabili (RSD) | Il processo riguarda la gestione della concessione della quota sanitaria | Valutazione UVM e Ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) | SOC Fornitori |

| 2 – ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | 2.3 – Trattamento del rischio | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------|--|--|---------------------|----|----|----|-------------------------------|----|----|----|-------------------|---|----------|--------------------------|--------------------|
| DECENT003 - Quota sanitaria RSA/RSD - 25/01/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | | 2.2 – Valutazione dei rischi | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Target indicatori | le dell'attuazione della | Scadenza | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | Indicatori di attuazione | |
| 1 | Recepimento dell'istanza, Trasmissione al Punto Unico di Accesso – PUA Trasmissione all'Unità di Valutazione Multidimensionale – UVM/Unità di Valutazione Multidimensionale disabili - UVMD | L'utente diritto presenta l'istanza ai "Punti Insieme" costituiti dai presidi sanitari e dagli sportelli sociali dei Comuni di riferimento della Zona-Distretto. Il Punto Insieme ricevente verifica la completezza della documentazione presentata, ovvero la presenza degli allegati richiesti dalla domanda stessa (segnalazione del bisogno). Nel caso di mancanza dei documenti allegati richiesti, il Punto Insieme richiede all'utente di integrare la documentazione mancante. Tutta la documentazione viene inserita su un apposito applicativo informatico "sistema informativo sociosanitario" denominato SINNS ASTER che funge anche da protocollo e che viene utilizzato da tutti gli operatori – secondo le varie abilitazioni – che vengono in atto il processo/procedimento di inserimento in RSA/RSD. Il Punto Insieme ricevente trasmette la suddetta documentazione al "Punto Unico di Accesso – PUA" di Zona. (Il PUA che non è una struttura aziendale bensì delle Società della Salute, assicura la presa in carico dei professionisti referenti e la calendarizzazione delle sedute dell'Unità di Valutazione Multidimensionale - UVM o dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Disabili – UVMD dell'Azienda USL TC). Il "PUA" di Zona trasmette tutta la documentazione dell'utente e la scheda di valutazione sociale e la scheda infermieristica all'UVM/UVMD di Zona per la relativa valutazione professionale. | Operatore sociale/ Operatore sanitario presente nel Punto Insieme | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018 | Rischio di accettazione della istanza in mancanza dei requisiti richiesti e della documentazione prevista per legge utile all'attribuzione del vantaggio economico | Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfondibile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi | Medio | Il rischio risulta medio a causa della presenza di possibili conflitti di interessi per gli interessi economici in questione | Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | | X | N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 2 | Acquisizione della Valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale – UVM/Unità di Valutazione Multidimensionale Disabili – UVMD e trasmissione all'avevte diritto di apposita comunicazione di avvenuta valutazione | La UVM/UVMD di Zona effettua la valutazione professionale a cura dei professionisti che la compongono e, tramite l'Ufficio Amministrativo zonale, verbalizza i risultati della seduta. L'Ufficio Amministrativo UVM di Zona redige e invia la comunicazione di avvenuta valutazione all'avevte diritto invitandolo, entro 60 giorni, a contattarlo il Referente del caso per condividere il Piano Assistenziale Personalizzato che può prevedere l'ingresso nella RSA/RSD. | I componenti dell'UVM zonale sono il medico del presidio, l'infermiere, l'assistente sociale, tutti nominati dalla Direzione aziendale ed eventualmente il Medico specialista necessario (geriatra, psichiatra etc) ai fini valutativi Amministrativo UVM | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018 | La UVM/UVMD può riconoscere un vantaggio o uno svantaggio non dovuto al soggetto beneficiario | Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfondibile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi | Medio | Il rischio risulta medio a causa della presenza di possibili conflitti di interessi per gli interessi economici in questione | Acquisizione da parte dell'amministrativo dell'UVM/UVMD (per ciascun verbale/piano assistenziale e con riferimento a ciascun utente), delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi firmate dagli operatori presenti in Commissione, le quali vengono stampate direttamente dall'applicativo in uso (Aster Sinns) | | | | | | | | | X | N° dichiarazioni rilasciate dagli operatori presenti in UVM E UVMD, per anno e per ciascun parere-verbale | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 3 | Istruttoria della pratica per l'inserimento in RSA/RSD o nella lista di attesa | L'avevte diritto contatta il Referente del caso e sottoscrive il proprio Piano Assistenziale Personalizzato – PAP. L'Ufficio Amministrativo UVM di Zona invia all'Ufficio Rette di Zona (per la quota sanitaria) il modulo di attivazione dei servizi residenziali/semi-residenziali in RSA/RSD. L'Ufficio Rette di Zona/Referente del caso fa compilare all'avevte diritto il modulo relativo al titolo di acquisto per l'inserimento in RSA/RSD. L'avevte diritto, se non vi è la disponibilità della quota sanitaria, viene inserito nella lista di attesa. | Referente del caso Ufficio Amministrativo UVM/UVMD Ufficio Rette di Zona | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018 | Mancanza della sottoscrizione da parte dell'avevte diritto del PAP e del titolo di acquisto | Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfondibile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi | Medio | Il rischio risulta medio a causa della presenza di possibili conflitti di interessi per gli interessi economici in questione | Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | | X | N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 4 | Inserimento nella lista di attesa | L'inserimento e la collocazione nella lista di attesa da parte dell'Ufficio Rette di Zona avviene sulla base di specifici criteri definiti. A parità di punteggio viene data priorità all'anzianità dell'avevte diritto. La graduatoria della lista di attesa è aggiornata il 15 e il 30 di ogni mese dell'anno. | Ufficio Rette di Zona | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018 | Favorire posizioni di privilegio rispetto all'effettivo posizionamento in graduatoria | Carenza di sistemi di controllo periodici per la corretta gestione della lista di attesa | Medio | Il rischio risulta medio in quanto sono presenti sistemi di controllo (da rafforzare) e per la presenza di possibili conflitti di interessi per gli interessi economici in questione | Monitoraggio trimestrale effettuato dall'Ufficio rette con il Responsabile/PO/Direttore di Zona per la verifica della corretta applicazione dei criteri previsti per l'inserimento nella lista di attesa | X | | | | | | | | | | SI | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 5 | Inserimento nella RSA/RSD | L'Ufficio Rette di Zona compila il modulo dell'impegnativa, la fa firmare al Direttore di Zona e la invia alla Sds di riferimento per l'eventuale calcolo della compartecipazione alla spesa (quota sociale). La Sds di riferimento ritrasmette all'Ufficio Rette di Zona il modulo suddetto compilato per la parte di propria competenza. L'Ufficio Rette di Zona trasmette il modulo completo alla RSA scelta dall'avevte diritto, all'avevte diritto stesso e al Referente del caso. I dati dell'avevte diritto sono inseriti anche in un applicativo regionale "sistema informativo sociosanitario" SINNS ASTER per il flusso informativo RSA/RSD. Inoltre, ogni 4 mesi, l'Ufficio provvede al monitoraggio delle quote attraverso l'applicativo regionale "montoscana". L'avevte diritto entra in RSA/RSD. | Ufficio Rette di Zona | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018 | Inserimento ritardato in RSA | Carenza di sistemi di controllo periodici per la corretta gestione della lista di attesa | Medio | Il rischio risulta medio a causa della presenza di sistemi di controllo che necessitano di un rafforzamento per possibili conflitti di interessi per gli interessi economici in questione | Monitoraggio trimestrale effettuato dall'Ufficio rette con il Responsabile/PO/Direttore di Zona per la verifica del corretto inserimento dell'avevte diritto nella RSA/RSD | X | | | | | | | | | | SI | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 6 | Liquidazione delle fatture RSA/RSD | L'Ufficio Amministrativo liquidatore di Zona o l'Ufficio Rette di Zona, dopo aver effettuato il controllo sulle fatture RSA rispetto alle presenze certificate dalla Struttura come previsto nella procedura codificata dell'Azienda USLTC sui controlli delle autocertificazioni e controlli contabili, effettua l'ordine e riceve sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX). Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione delle fatture emesse dalla RSA/RSD | Ufficio Rette di Zona o Ufficio Liquidatore di Zona | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018 Procedura aziendale controlli sulle autocertificazioni e controlli contabili: in via di pubblicazione da parte della SOC Governance Clinico Assistenziale | Mancato/parziale controllo sulle fatture RSA rispetto alle presenze certificate dalla Struttura | Mancata applicazione dei controlli previsti dalla procedura. | Medio | Il rischio risulta medio in quanto la probabilità di accadimento è media per l'esistenza di una procedura sui controlli fatture e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Controlli a campione per la verifica dell'applicazione della procedura da parte del Direttore della Struttura | X | | | | | | | | | | SI | RESP | 31/12 di ogni anno |

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Dati generali

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Gestione amministrativa del paziente odontoiatrico |
| Area di rischio: | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Processi connessi: | |
| Codice: | DECENT004 |
| DIR: | Rita Bonciani |
| Struttura del DIR: | Dipartimento del decentramento |
| RESP: | Rita Bonciani |
| Struttura del RESP: | Dipartimento del decentramento |
| Data di aggiornamento: | 18/12/2022 |

Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|-----------|---|---|--|-------------------------|
| Cittadini | Prenotazioni prime visite tramite CUP. Visite in urgenza odontostomatologica | Gestire dal punto di vista amministrativo il paziente odontoiatrico nell'ambito del processo "Sistema di erogazione delle prestazioni odontoiatriche in regime istituzionale" | Attestazioni di pagamento delle prestazioni a tariffa. | SOC Clienti e fornitori |

| ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|---|-----------------------------------|---|--|---------------------|----|----|----|----|----|---|---|-------------------|---|----------------------|
| DECENT004 - Gestione amministrativa del paziente odontoiatrico - 18/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descrizione delle attività | | | | Valutazione dei rischi | | | | Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 1 | Primo accesso | Accesso tramite CUP: Il cittadino accede al servizio odontoiatrico prenotando la prima visita sul sistema CUP, rivolgendosi ad uno sportello amministrativo o telefonando ai call center aziendale. Si presenta al Front Office per l'accettazione amministrativa e gli viene erogata la prima visita di valutazione. Nel caso non sia previsto un Piano di cura, il cittadino esibisce il pagamento del Ticket (se dovuto) allo sportello Front Office e l'operatore addetto chiude la pratica. Accesso in urgenza odontostomatologica: Il cittadino, nelle situazioni di urgenza previste dalla procedura aziendale, si presenta direttamente allo sportello per la registrazione e l'effettuazione della visita in emergenza e l'erogazione delle prestazioni in urgenza. N. B. L'accesso in urgenza NON consente l'inserimento nella lista di attesa ma possono essere previsti accessi di controllo differiti per prestazioni connesse e il cittadino esibisce il pagamento del Ticket (se dovuto) allo sportello Front Office e l'operatore addetto chiude la pratica. | Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) | Procedura Aziendale PS.XYZ.01 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della GRT 426/14" DGR 426/2014 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Inquadramento amministrativo/sanitario | Nel caso in cui il cittadino riceva un Piano di cura, si presenta nuovamente al Front Office e il personale addetto effettua l'inquadramento amministrativo/sanitario, in conformità alla procedura aziendale, per determinare la compartecipazione alla spesa sanitaria. | Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) | Procedura Aziendale PS.XYZ.01 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della GRT 426/14" DGR 426/2014 | Esiste il rischio che il paziente autoceffichi una situazione reddituale non reale e che quindi acceda ai servizi pagando una tariffa non corrispondente al suo reddito o risultando esente dal pagamento | Mancanza di misure di controllo | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta e l'impatto economico/reputazionale si può considerare alto. | LF. Gestione percorsi amministrativi odontoiatrica effettua un controllo a campione sulle autocertificazioni rese per ottenere l'esenzione totale o parziale dalla compartecipazione alla spesa | X | | | | | | | N° di dichiarazioni verificate / N° di dichiarazioni rese nell'anno | 10% | RESP | Annualmente al 31/12 |
| 3 | Prenotazione delle visite successive alla prima | Il personale addetto al Front Office procede alla prenotazione delle prestazioni non differibili secondo la tempistica definita dal piano di cura e consegna il promemoria delle prenotazioni al cittadino. Per le prestazioni che possono essere differite, il personale iscrive, informato, il cittadino in una lista di attesa lista F attesa cronologica informatizzata su CUP 2.0. | Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) | Procedura Aziendale PS.XYZ.01 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della GRT 426/14" DGR 426/2014 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Esecuzione delle visite non differibili | Il cittadino si presenta al Front Office nelle date concordate per effettuare le prestazioni non differibili previste dal Piano di cura, effettua l'accettazione amministrativa e successivamente accede alla prestazione sanitaria. | Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) Medico odontoiatra | Procedura Aziendale PS.XYZ.01 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della GRT 426/14" DGR 426/2014 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Richiamo del paziente dalla lista di attesa CUP 2.0 | LF. Gestione percorsi amministrativi odontoiatrica gestisce con il personale del Front Office lo scorrimento della lista d'attesa contattando i nominativi in ordine cronologico di inserimento su lista CUP 2.0. | LF. Gestione percorsi amministrativi Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) | Procedura Aziendale PS.XYZ.01 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della GRT 426/14" DGR 426/2014 | Esiste il rischio che l'ordine cronologico di scorrimento della lista non venga rispettato. | Mancanza di regolamentazione aggiornata. Il software attualmente in uso non consente il tracciamento delle attività di richiamo dalla lista di attesa. | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta e l'impatto economico/reputazionale si può considerare alto. | Proposta di aggiornamento della procedura Aziendale PS.XYZ.01 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della GRT 426/14" al fine di individuare modalità idonee per gestire la lista di attesa di secondo livello, con particolare attenzione al tracciamento delle chiamate effettuate e degli esiti delle stesse. Trasferimento della lista di attesa di secondo livello da CUP 2.0 a software ARGOS | | | X | | | | Proposta di aggiornamento della procedura Aziendale PS.XYZ.01 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della GRT 426/14" (SI/NO) | Si | RESP | 31/03/23 | |
| 6 | Esecuzione delle visite a seguito di richiamo dalla lista di attesa CUP 2.0 | Il cittadino si presenta al Front Office nella data concordata per effettuare la visita di rivalutazione per l'attuazione del Piano di cura, effettua l'accettazione amministrativa e successivamente riceve la prestazione sanitaria e il Piano di cura finalizzato. | Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) Medico odontoiatra | Procedura Aziendale PS.XYZ.01 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della GRT 426/14" DGR 426/2014 | Nessuno | | | | | X | | | | | | | Trasferimento della lista di attesa di secondo livello da CUP 2.0 a software ARGOS | Si | RESP | 30/06/23 |
| 7 | Nuovo inquadramento amministrativo/sanitario | Successivamente alla visita di attuazione del Piano di cura, il personale addetto al Front Office aggiorna l'inquadramento amministrativo/sanitario, in conformità alla procedura aziendale, per determinare la compartecipazione alla spesa sanitaria. | Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) | Procedura Aziendale PS.XYZ.01 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della GRT 426/14" DGR 426/2014 | Esiste il rischio che il paziente autoceffichi una situazione reddituale non reale e che quindi acceda ai servizi pagando una tariffa non corrispondente al suo reddito o risultando esente dal pagamento | Mancanza di misure di controllo | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta e l'impatto economico/reputazionale si può considerare alto. | LF. Gestione percorsi amministrativi odontoiatrica effettua un controllo a campione sulle autocertificazioni rese per ottenere l'esenzione totale o parziale dalla compartecipazione alla spesa | X | | | | | | | N° di dichiarazioni verificate / N° di dichiarazioni rese nell'anno | 10% | RESP | Annualmente al 31/12 |
| 8 | Prenotazione delle visite previste da Piano di cura aggiornato | Il personale addetto al Front Office procede alla prenotazione delle prestazioni secondo la tempistica definita dal piano di cura e consegna il promemoria delle prenotazioni al cittadino. | Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) | Procedura Aziendale PS.XYZ.01 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della GRT 426/14" DGR 426/2014 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Esecuzione delle visite previste da Piano di cura aggiornato | Il cittadino si presenta al Front Office nelle date concordate per effettuare le prestazioni previste dal Piano di cura aggiornato, effettua l'accettazione amministrativa e successivamente accede alla prestazione sanitaria. | Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) Medico odontoiatra | Procedura Aziendale PS.XYZ.01 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della GRT 426/14" DGR 426/2014 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Verifica pagamenti delle prestazioni sanitarie e dei dispositivi medici | La DGR 39/2013 prevede il pagamento anticipato delle prestazioni salvo quelle di pronto soccorso. Pertanto, il paziente al momento dell'accettazione provvede al pagamento anticipato delle prestazioni sanitarie e dei dispositivi odontoiatrici previsti nel piano di cura ed esibisce prova del pagamento. Fanno eccezione alla regola del pagamento anticipato le prestazioni di impianto protesi e di protesi implantare. | Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) | Procedura Aziendale PS.XYZ.01 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della GRT 426/14" DGR 426/2014 | Esiste il rischio che il cittadino autoceffichi una situazione reddituale non reale e che quindi acceda ai servizi pagando una tariffa non corrispondente al suo reddito o risultando esente dal pagamento | Mancanza di misure di controllo | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta e l'impatto economico/reputazionale si può considerare alto. | LF. Gestione percorsi amministrativi odontoiatrica effettua un controllo a campione sui pagamenti per individuare eventuali prestazioni a tariffa non salariale. | X | | | | | | | N° di prestazioni a tariffa verificate / N° di prestazioni a tariffa rese nell'anno | 1% | RESP | Annualmente al 31/12 |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Inserimenti utenti SERD in Strutture comunità residenziali e semi-residenziali (parte amministrativa) |
| Area di rischio: | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Processi connessi: | |
| Codice: | DECENT005 |
| DIR: | Rita Bonciani |
| Struttura del DIR: | Dipartimento del Decentramento |
| RESP: | Annalisa Ghiribelli (Firenze - Empoli) e Cristina Maggini (Prato – Pistoia) |
| Struttura del RESP: | SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS Servizi per il territorio e sociale Prato, Pistoia |
| Data di aggiornamento: | 25/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|------------------|---|---|--|----------------|
| SERD | Autorizzazione all'inserimento degli utenti del SERD/Salute Mentale in Strutture Comunità residenziali e/o semiresidenziali | Il processo gestisce le attività amministrative per gli inserimenti degli utenti SERD in Strutture comunità residenziali - semiresidenziali | L'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) per il pagamento delle fatture delle Strutture | SOC Fornitori |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|------------------------|-----------------------------------|--|---|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|---|-------------------|---|--------------------|
| DECENT005 - Inserimenti utenti SERD in Strutture comunità residenziali e semi-residenziali (parte amministrativa) - 25/01/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 1 | Recepimento dell'istanza, trasmissione agli Uffici amministrativi competenti e istruttoria dell'istanza | Il Responsabile del SERD trasmette all'Ufficio Amministrativo di Zona una e-mail di autorizzazione di inserimento dell'utente nella quale è indicata la Struttura Comunità residenziale o semi-residenziale accreditata di destinazione. L'Ufficio Amministrativo di Zona compila l'impegnativa di spesa con cui si avvia l'inserimento dell'utente, la sottopone alla firma del Responsabile SERD e poi la trasmette alla Struttura Comunità di destinazione. | Amministrativi dell'Ufficio Amministrativo di Zona | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2005 e smi Decreto Presidente GRT 2/R 2018 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Liquidazione delle fatture emesse dalle Strutture residenziali/semi-residenziali per le rette | La Struttura Comunità invia all'Ufficio Amministrativo di Zona (che lunge anche da Ufficio Amministrativo liquidatore) un documento pre-fattura che riporta il costo del periodo di riferimento specificando le giornate di presenza X l'importo della retta giornaliera del percorso terapeutico definito dal SERD. L'Ufficio Amministrativo di Zona, dopo aver effettuato il controllo sulle fatture RSA rispetto alle presenze certificate dalla Struttura, come previsto nella procedura codificata dell'Azienda USLTC sui controlli delle autocertificazioni e contabili, emette l'ordine di pagamento sull'apposito applicativo aziendale (CTRUX) e comunica alla Struttura Comunità l'identificativo dell'ordine. La Struttura Comunità emette la fattura elettronica con lo stesso identificativo. L'Ufficio amministrativo di Zona emette il ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CTRUX) per il totale della fattura. Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione delle fatture emesse dalla Struttura. | Ufficio Amministrativo di Zona competente per attività | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2009 L.R.T. 41/2009 Decreto Presidente GRT 2R/2018 Procedura aziendale controlli sulle autocertificazioni e controlli contabili: in via di pubblicazione da parte della SOC Governance Clinico Assistenziale | Esiste il rischio che l'amministrativo convaldi ordini per importi non corretti per garantire un vantaggio economico alla Struttura Comunità | Conflitto di interessi | Medio | Il rischio si può considerare medio perché la probabilità di accadimento è media per l'esistenza di possibili conflitti di interessi e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio. | Rilascio da parte di tutti gli operatori coinvolti della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | X | N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° Operatori | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Gestione dei contratti di appalto di servizi socio sanitari |
| Area di rischio: | Affidamento lavori, servizi e forniture |
| Processi connessi: | |
| Codice: | DECENT006 |
| DIR: | Rita Bonciani |
| Struttura del DIR: | Dipartimento del Decentramento |
| RESP: | Annalisa Ghiribelli (Firenze - Empoli) e Cristina Maggini (Prato – Pistoia) |
| Struttura del RESP: | SOC Servizi alle zone – SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli, Prato, Pistoia |
| Data di aggiornamento: | 25/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|---|---|---|----------------|
| - SOC Acquisizione Beni e servizi; - ESTAR; | Delibera di affidamento del servizio/delibera di aggiudicazione, lettera ad uso commerciale che funge da contratto, trasmissione documenti relativi all'affidamento | Gestione dei contratti di appalti di servizi socio sanitari | Stipula del contratto, liquidazione su CEPAS della fattura emessa dall'erogatore del servizio | Aggiudicatario |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi (parte amministrativa) |
| Area di rischio: | Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Processi connessi: | |
| Codice: | DECENT007 |
| DIR: | Rita Bonciani |
| Struttura del DIR: | Dipartimento del Decentramento |
| RESP: | Annalisa Ghibelli (Firenze - Empoli) e Cristina Maggini (Prato – Pistoia) |
| Struttura del RESP: | SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS Servizi per il territorio e sociale Prato, Pistoia |
| Data di aggiornamento: | 05/08/21 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|---------------------------|--|--|---|----------------|
| UF Salute Mentale SERD | Modulo di autorizzazione per procedere con l'inserimento del soggetto in questione in ambienti lavorativi quali Enti pubblici, Associazioni, Imprese | Il processo gestisce le attività amministrative connesse agli inserimenti socio terapeutici e riabilitativi, questi ultimi solo se delegati dalle SdS. | L'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) | SOC Fornitori |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---|-----------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| DECENT007 - Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi (parte amministrativa) - 05/08/2021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | |
| 1 | Recupero dell'istanza e stipula della convenzione | La UF Salute Mentale o il SERD trasmettono all'Ufficio Amministrativo di Zona, dopo una valutazione professionale e la stesura di un Piano personalizzato, il modulo di autorizzazione per procedere con l'inserimento di un utente in ambienti lavorativi quali, ad esempio, Enti pubblici, Associazioni terzo settore, Imprese. L'Ufficio Amministrativo di Zona predispone la Convenzione in base alla DG AUSLTC 1385/2020 e la fa sottoscrivere all'ente di destinazione. | Amministrativo dell'Ufficio Amministrativo di Zona | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2009 e smi DG AUSLTC 1385/2020 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Controllo sulle presenze | L'Ufficio Amministrativo di Zona procede al controllo formale delle presenze inviate dall'Ente/Associazione/Impresa su apposito modulo sottoscritto dal Responsabile, dall'utente e dall'Assistente Sociale di riferimento. | Amministrativo dell'Ufficio Amministrativo di Zona | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2009 e smi DG AUSLTC 1385/2020 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Liquidazione dei gettoni di presenza per gli inserimenti | L'Ufficio Amministrativo di Zona (che funge anche da Ufficio Amministrativo liquidatore) redige un "ruolo" inserendo tutti i dati dell'utente utili ad emettere l'ordine e il ricevimento per l'ammontare dei gettoni di presenza (nome, cognome, modalità di pagamento se per cassa o per bonifico, numero IBAN etc). L'Ufficio Amministrativo di Zona effettua l'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) per il totale del ruolo. Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione. Il ruolo viene inviato via mail alla SDC Fornitori. | Ufficio Amministrativo liquidatore di Zona competente per attività | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2009 e smi DG AUSLTC 1385/2020 | Esiste il rischio che l'amministrativo attribuisca un vantaggio economico non dovuto ad un utente | Confitto di interessi | Basso | Il rischio è basso perché esiste una procedura organizzativa per il controllo e gli interessi economici sono esigui | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale /Contributi per rette eterofamiliari per utenti della UF Salute Mentale (parte amministrativa) |
| Area di rischio: | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Processi connessi: | |
| Codice: | DECENT008 |
| DIR: | Rita Bonciani |
| Struttura del DIR: | Dipartimento del Decentramento |
| RESP: | Annalisa Ghiribelli (Firenze - Empoli) e Cristina Maggini (Prato – Pistoia) |
| Struttura del RESP: | SOS Servizi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS Servizi per il territorio e sociale Prato, Pistoia |
| Data di aggiornamento: | 02/08/21 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|-------------------|---|---|---|----------------|
| UF Salute Mentale | Modulo di autorizzazione per procedere all'erogazione del sussidio/contributo | Il processo gestisce le attività amministrative connesse ai sussidi/contributi per utenti della UF Salute Mentale | L'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) | SOC Fornitori |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|---|------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| DECENT008 - Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale /Contributi per rette eterofamiliari per utenti della UF Salute Mentale (parte amministrativa) - 02/08/2021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 1 | Recepimento dell'istanza | La UF Salute Mentale trasmette all'Ufficio Amministrativo di Zona, dopo una valutazione professionale e la stesura di un Piano terapeutico personalizzato, il modulo di autorizzazione sottoscritto dal Responsabile della UF stessa per procedere con l'erogazione del sussidio -contributo (per utenti adulti) o del contributo per rette eterofamiliari degli utenti inseriti in famiglia (per il rimborso preminente di vitto e alloggio). | Amministrativo de'Ufficio Amministrativo di Zona | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi D.P.R. 10/11/1999 PSSRT 2008-2010 e seguenti | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Liquidazione dei gettoni di presenza per gli inserimenti | L'Ufficio Amministrativo di Zona (che funge anche da Ufficio Amministrativo liquidatore): - Redige un "ruolo" inserendo tutti i dati dell'utente utili ad emettere l'ordine e il ricevimento per l'ammontare dei gettoni di presenza (nome, cognome, modalità di pagamento se per cassa o per bonifico, numero IBAN etc). - Effettua l'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) per il totale del ruolo. Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione. Il ruolo viene inviato via mail alla SOC Fornitori. | Ufficio Amministrativo liquidatore di Zona competente per attività | Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2005 e smi D.P.R. 10/11/1999 PSSRT 2008-2010 e seguenti | Esiste il rischio che l'amministrativo falsifichi i dati per favorire un utente o una famiglia. | Conflitto di interessi | Basso | Il livello di esposizione al rischio è stato valutato basso perché è stata ritenuta bassa la probabilità che l'amministrativo possa falsificare i dati senza che l'anomalia venga rilevata. | | | | | | | | | | | | |

DESCRIZIONE DEL PROCESSO**Dati generali**

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Gestione amministrativa protesi e ausili |
| Area di rischio: | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Processi connessi: | |
| Codice: | DECENT009 |
| DIR: | Rita Bonciani |
| Struttura del DIR: | Dipartimento del Decentramento |
| RESP: | Annalisa Ghiribelli (Fi – Empoli) e Cristina Maggini (Prato- Pistoia) |
| Struttura del RESP: | SOS Servizi amministrativi per il territorio e sociale Firenze, Empoli SOS Servizi amministrativi per il territorio e sociale Prato, Pistoia |
| Data di aggiornamento: | 10/01/2022 |

Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|---|-------------------------------|--|---|-------------------------|
| Cittadini Fornitori Protesi e Ausili | Richiesta di ausili e protesi | Il processo riguarda la gestione amministrativa della messa a disposizione di protesi e ausili | Consegna ausili e protesi di serie all'utente o trasmissione all'utente dell'autorizzazione di spesa per il ritiro presso ditte convenzionate dell'ausilio/ protesi personalizzata prescritta | SOC Fornitori Utenti |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali |
| Area di rischio: | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Processi connessi: | |
| Codice: | FARMAC002 |
| DIR: | Eleonora Pavone |
| Struttura del DIR: | Dipartimento del Farmaco |
| RESP: | <i>Da assegnare</i> |
| Struttura del RESP: | SOS Farmaceutica convenzionata |
| Data di aggiornamento: | 20/12/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clients |
|--|-----------------------------------|---|---|---|
| Titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e i gestori incaricati dei dispensari farmaceutici | Istanza in bollo dell'interessato | Entro il 31 marzo di ogni anno pari i titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e i gestori incaricati dei dispensari farmaceutici presentano le domande per il riconoscimento del diritto all'indennità di residenza. L'Azienda delibera il riconoscimento del diritto dei suddetti soggetti all'indennità nella misura determinata secondo i criteri previsti dalla normativa ed invia il provvedimento ai Comuni interessati | Delibera del Direttore Generale con la quale vengono individuati gli aventi diritto all'indennità di residenza nonché l'entità della relativa quota annuale a carico dei Comuni e del SSN | Comuni e titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e i gestori incaricati dei dispensari farmaceutici |

| 2 – ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|---|------------------------|-----------------------------------|--|---|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|--|-------------------|---|--------------------|
| FARMAC002 - Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali - 20/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 – Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 – Trattamento del rischio | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 1 | Ricezione delle domande | I Titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e i gestori incaricati dei dispensari farmaceutici presentano la richiesta in bollo del riconoscimento del diritto all'indennità di residenza entro il 31 marzo degli anni pari mediante PEC o per Raccomandata con AR o consegna diretta brevi manu. L'amministrativo afferente alla SAF protocolla la richiesta e la trascrive su un registro interno. Dovrà allegare alla domanda opportuna dichiarazione rilasciata dal Comune e attestante la consistenza numerica della popolazione afferente al centro abitato o agglomerato rurale in cui è situata la Farmacia. Inoltre procede al controllo della corretta compilazione della richiesta (verifica protocollo, bollo, sottoscrizione dell'avente diritto) | Personale amministrativo afferente alla SOS - Servizi amministrativi per la farmaceutica (SAF) | R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, L. 221_68, Legge 40/1973, L.R. 16/2000, e successive modificazioni e integrazioni | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Richiesta informazioni ai Comuni | A campione, il farmacista della SOS convenzionata, potrà richiedere a qualche Comune l'attestazione dei dati sulla popolazione residente nel centro abitato in cui è ubicata la farmacia interessata. | Farmacista della SOS Farmaceutica convenzionata | R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, L. 221_68, Legge 40/1973, L.R. 16/2000, e successive modificazioni e integrazioni | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Esame delle istanze | Il farmacista sulla base dei dati pervenuti valuta il possesso del requisito relativo alla popolazione ai fini del riconoscimento dell'indennità. Una volta ricevute le istanze e analizzate nei formalismi la SAF potrà predisporre nota da inviare a qualche Comune a campione, per chiedere il n° degli abitanti e la reale situazione logistica della farmacia (presenza di nuovi insediamenti urbani intorno alla farmacia). | Farmacista della SOS Farmaceutica convenzionata Personale amministrativo afferente alla SAF | R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, L. 221_68, Legge 40/1973, L.R. 16/2000, e successive modificazioni e integrazioni | Esiste la possibilità che venga attribuito un vantaggio economico ad un soggetto non avente diritto | Conflitto di interesse | Medio | Il rischio risulta medio perché è moderata la probabilità di accadimento dovuta ai conflitti di interessi ed è moderato l'impatto economico/reputazionale. | Rilascio da parte di tutti i farmacisti coinvolti, della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | X | N° dichiarazioni rilasciate per anno / n° farmacisti | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 4 | Predisposizione delibera del Direttore Generale ai fini del riconoscimento dell'indennità agli aventi diritto | Il personale amministrativo afferente alla SAF sulla base degli esiti della valutazione effettuata dal personale farmacista propone al Direttore Generale l'adozione del provvedimento di riconoscimento del diritto all'indennità di residenza e relativo importo | Personale amministrativo afferente alla SAF | R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, L. 221_68, Legge 40/1973, L.R. 16/2000, e successive modificazioni e integrazioni | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Trasmissione atto deliberativo ai Comuni e liquidazione indennità a carico del SSN | Notifica ai Comuni e alle farmacie interessate della delibera del Direttore Generale ai fini della liquidazione della quota parte di spettanza dell'Ente Locale e conseguente liquidazione dell'importo dovuto a carico del SSN da parte dell'azienda sanitaria. | Personale amministrativo afferente alla SAF | R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, L. 221_68, Legge 40/1973, L.R. 16/2000, e successive modificazioni e integrazioni | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie |
| Area di rischio: | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni |
| Processi connessi: | |
| Codice: | FARMAC003 |
| DIR: | Eleonora Pavone |
| Struttura del DIR: | Dipartimento del Farmaco |
| RESP: | Cristina Ceccarelli |
| Struttura del RESP: | SOS Vigilanza alle farmacie |
| Data di aggiornamento: | 20/12/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|---|--|---|--|---|
| Direzione Generale Comuni Autorità Giudiziaria ASL NAS Regione Toscana | Obiettivi di struttura Normativa vigente Richiesta pareri da parte dell'Autorità Sanitaria Locale (Sindaco) Parere igienico sanitario Segnalazioni | Effettuazione ispezioni ordinarie, preventive e straordinarie a Farmacie convenzionate pubbliche e private; Depositi di medicinali e gas terapeutici; Esercizi commerciali che vendono farmaci al pubblico (Parafarmacie) | Verbale contestuale Verbale sanzionatorio Segnalazione ad altri Enti Pareri | Farmacie convenzionate pubbliche e private Depositi di medicinali e gas terapeutici Esercizi commerciali che vendono farmaci al pubblico (Parafarmacie) Comuni Autorità Giudiziaria ASL NAS |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|------------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------|-------------------------------|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|--|------|------|------------------|
| FARMAC03 - Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie - 20/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | | |
| 1 | Programmazione di struttura | Il Direttore di struttura definisce il numero di controlli che ogni commissione di zona deve effettuare nel semestre di riferimento, sulla base degli obiettivi Aziendali e della normativa vigente. | Direttore di struttura SOS Vigilanza alle farmacie | Legge RT 16/2000 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Programmazione operativa | Controlli programmati su farmacie e depositi: Il Presidente della commissione di zona redige il programma semestrale di dettaglio dei controlli e lo invia al Direttore di struttura. Le farmacie da sottoporre a controllo sono individuate tenendo conto della temporalità dei controlli già effettuati o di eventuali segnalazioni/esposti. Ispezioni preventive: Il Presidente della commissione di zona programma i controlli in base all'ordine cronologico con cui sono pervenute le richieste di parere dai Comuni. Controlli su segnalazione: Il Presidente della commissione di zona programma i controlli in base all'ordine cronologico con cui sono pervenute le segnalazioni. Controlli su parafarmacie: Il controllo è effettuato solo in caso di necessità (es. segnalazione o richiesta di parere igienico sanitario da parte del Comune) per carenza di risorse. Tutte le ispezioni sono riportate su un registro informatico (tabelle xls) previsto per ogni ambito territoriale. Ai registri hanno accesso il Direttore di struttura, i farmacisti presidenti delle Commissioni di zona e gli amministrativi che possono verificare il rispetto dei criteri nella "scelta" degli esercizi ispezionati. Le visite ispettive vengono effettuate compatibilmente con la dotazione del personale, del tempo necessario ad espletare le verifiche ispettive e della numerosità degli esercizi. | Presidenti delle commissioni di zona - considerata la vastità del territorio ASL TC e la numerosità delle farmacie/depositi/parafarmaci e da verificare la ASL è stata divisa in zone di pertinenza di farmacisti afferenti alla SOC Farmaceutica Territoriale esperti in materia che coadiuvano il direttore della SOS Vigilanza alle farmacie e sono di volta in volta delegati per la Presidenza delle Commissioni | Legge RT 16/2000 | Il Presidente e i componenti delle commissioni possono favorire o sfavorire uno dei soggetti controllati falsando gli esiti del controllo. Per le farmacie, la problematica è mitigata dalla presenza di 5 differenti membri della commissione di cui 1 rappresentante delle Ass. di categoria e 1 rappresentante dell'Ordine. Il processo di verifica è codificato attraverso il verbale redatto da RT. | Conflicto di interessi | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché esiste un moderato rischio di conflitti di interessi e la presenza di moderati interessi economici mitigati da una decisione collegiale | I Presidenti delle commissioni devono rilasciare annualmente al Direttore di struttura una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | | X | N° dichiarazioni rese nell'anno / N° di Presidenti delle commissioni | 100% | RESP | Annuale al 31/12 |
| 3 | Istruttoria | L'amministrativo, afferente alla SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica, controlla nell'archivio farmacie, la documentazione presente agli atti della Farmacia oggetto della successiva ispezione. Riporta sul verbale i riferimenti ricavati da detta documentazione (es. autorizzazione all'esercizio, ragione sociale etc.) Evidenzia al Presidente eventuali annotazioni riportate nel precedente verbale di ispezione, che saranno oggetto di controllo più accurato durante l'ispezione. Racoglie la documentazione necessaria per l'ispezione (es. planimetria locali, organico personale, autorizzazione autodiagnostica). | Amministrativo afferente alla SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica, con supervisione del Presidente di Commissione di zona | Documentazione presente agli atti: autorizzazione, planimetria, parere igienico sanitario, esiti di passate ispezioni | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Esecuzione del controllo | Svolgimento dell'ispezione a Farmacie, depositi di medicinali e parafarmacie. Al termine dell'ispezione viene redatto apposito verbale sottoscritto da tutti i membri della Commissione. Il verbale farmacie è redatto su modello Regione Toscana (DGR 1008/2021). Per depositi e parafarmacie è in uso un modello standard di AUSL TC redatto seguendo la normativa | Commissione di zona definita da delibera ASL n. 620 del 29/04/2021 | Verbale farmacie modello Regione Toscana (DGR 1008/2021). Per depositi e parafarmacie è in uso un modello standard di AUSL TC redatto seguendo la normativa | Il Presidente e i componenti delle commissioni possono favorire o sfavorire uno dei soggetti controllati falsando gli esiti del controllo. Per le farmacie, la problematica è mitigata dalla presenza di 5 differenti membri della commissione di cui 1 rappresentante delle Associazioni di categoria e 1 rappresentante dell'Ordine. Il processo di verifica è codificato attraverso il verbale redatto da RT. | Conflicto di interessi | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché esiste un moderato rischio di conflitti di interessi e la presenza di moderati interessi economici mitigati da una decisione collegiale | I componenti delle commissioni rilasciano annualmente al Direttore di struttura una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi | | | | | | | | | X | N° dichiarazioni rese nell'anno / N° di membri delle commissioni | 100% | RESP | Annuale al 31/12 |
| 5 | Eventuale attivazione del procedimento sanzionatorio | Le eventuali violazioni rilevate durante l'ispezione diventano oggetto di un successivo verbale di contestazione e sanzionatorio che deve essere redatto entro il termine di 90 giorni. Il trasgressore ha facoltà entro il termine di 30 giorni dalla notifica di pagare subito la somma ridotta oppure d'invitare scritti difensivi al Sindaco del Comune dove ha sede la Farmacia. In questo secondo caso sarà il Sindaco stesso a decidere come procedere per la sanzione (estinzione, conferma o aumento importo ecc.). | Amministrativo afferente alla SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica, e Presidente della Commissione di zona | Articolo n. 16 e 18 della legge 689/81. Articolo n. 8 e 10 della legge R.T. n. 84/2000. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Registrazione dell'attività. | In ciascuna zona vengono registrate le ispezioni effettuate, tramite registro XLS I verbali sanzionatori sono numerati con numerazione progressiva annuale. La loro redazione è centralizzata per tutta la USL Toscana Centro al Servizio Farmaceutico Territoriale di S. Salvi a cura dell'amministrativo della Commissione. | Amministrativo afferente alla SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica | Nessuno | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione (Percorso 3 DGRT 595/05) |
| Area di rischio: | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Processi connessi: | |
| Codice: | MEDFIS001 |
| DIR: | Bruna Lombardi |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa |
| RESP: | Bruna Lombardi |
| Struttura del RESP: | Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa |
| Data di aggiornamento: | 23/12/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - CUP - Specialisti dei reparti ospedalieri aziendali - Agenzia Continuità Ospedale Territorio / Centro di Dimissioni Complesse Aziendale (ACOT/CDCA) - Specialisti di struttura privata accreditata - Strutture accreditate | <ul style="list-style-type: none"> - CUP I Livello a cui si rivolge direttamente il cittadino con richiesta del MMG o di Medico Specialista del SSN - Richieste di consulenza interne in ospedale per acuti - Segnalazione dell'ACOT/CDCA - Richiesta di visita autorizzativa richiesta al CUP sulla base di un P.R.I proposto da uno specialista di struttura privata accreditata - Elenco dei pazienti trattati e in trattamento presso strutture accreditate | <p>Assicurare la presa in carico riabilitativa nelle condizioni di disabilità di tipo globale o segmentario, che necessitano, per la complessità del quadro clinico, di programmi di intervento all'interno di un Progetto Riabilitativo Individuale (P.R.I) , con l'obiettivo di contenere la disabilità o di favorirne la gestione degli esiti. Sono esclusi da presente processo i minori con disabilità neuropsichica che afferiscono a UFSMIA.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Schede di esito monitoraggi -Progetti riabilitativi compilati dai fisiatři aziendali -Progetti riabilitativi autorizzati dai fisiatři aziendali | <ul style="list-style-type: none"> - Direttore del dipartimento - Cittadino |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|---|-----------------------------------|--|--|-------------------------------|----|----|----|----|----|--------------------------|---|---|---|------------------|-----|------------------|--|
| MEDFIS001 - Percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione (Percorso 3 DGR 595/05) - 23/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | | | |
| 1 | Composizione dell'agenda giornaliera visite | 1) Per le visite ambulatoriali (autorizzative e fisiatriche) il personale dell'accettazione apre l'agenda CUP e prepara le cartelle cartacee. In alcune sedi è già attiva la cartella informatizzata ARGOS. Tutte le visite sono registrate su agenda CUP (Visite priorità B, Visite priorità D, agende a prenotazione riservata). A livello aziendale è stata adottata un'agenda unificata CUP 2.0 per Prato, Pistoia, Empoli e, a breve, anche per Firenze. Tale agenda prevede la prenotazione delle visite per zona Distretto (per ottimizzare la presa in carico dei pazienti) con "tabacco" a 5gg e possibilità di prenotazione anche in altre zone distretto se disponibili. 2) Per i pazienti ricoverati il medico apre il programma Argos e stampa la lista delle richieste di consulenza interne in ordine cronologico; 3) Il medico consulta le richieste pervenute da ACOT tramite mail. | Personale dell'accettazione Medico Fisiatra | DGR 595/05 Criteri di priorità IO.DSTS.01 Criteri di priorità per priorità B e D condivise con il Dipartimento di Medicina Generale | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Visita medica | Il Medico Fisiatra visita il paziente e formula, modifica o conferma un progetto riabilitativo individuale (PRI) nel quale, tra l'altro, indica le priorità di presa in carico secondo i tempi previsti dalla procedura aziendale. Il PRI può prevedere che il paziente svolga un ciclo di interventi fisioterapici presso una struttura pubblica o privata accreditata. Il medico prescrive e consegna ai pazienti brochure con indicazioni di tutte le strutture pubbliche e private accreditate a cui può rivolgersi il paziente. Tutti i medici afferenti al Dipartimento della Riabilitazione compilano annualmente la dichiarazione di presenza/assenza di conflitto di interessi con le strutture private accreditate. | Medico del Dipartimento della Riabilitazione | DGR 595/05 Procedura P.A.DSTS.01 standard di servizio riabilitazione territoriale Istruzione Operativa Gestione liste d'attesa fisioterapia territoriale e criteri di priorità IO.DSTS.01 Delibera ACOT | Contravvenendo alle indicazioni del Direttore il prescrittore può consigliare una struttura con cui ha conflitti non dichiarati e non consegnare il materiale informativo previsto | Presenza di conflitti di interesse non dichiarati del medico che portano ad indirizzare il paziente ad una struttura favorendola a discapito di altre | Basso | Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità che l'evento si verifichi è fortemente ridotta dall'obbligo di rilascio di dichiarazioni di conflitto di interessi e anche l'impatto è stato valutato basso. | Il medico deve rilasciare, all'inizio dell'anno, una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi che riguarda tutte le strutture accreditate/private. | | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni rilasciate per anno / N° di soggetti tenuti al rilascio della dichiarazione annuale | 100% | DIR | Annuale al 31/12 | |
| 3 | Verifica periodica PRI ambulatoriale | I pazienti presi in carico dai servizi ambulatoriali Aziendali eroganti prestazioni B 2.1 (P3) seguono il progetto riabilitativo individuale che viene rivalutato in fase intermedia dal Team di cura per la ridefinizione e modulazione degli obiettivi che si rendono necessari. | Team di cura: Medico Fisiatra, Fisioterapista, Logopedista e altre figure necessarie per il PRI | DGR 595/05 PNLG 6/2008 rev 1 2011 e rev 2 2015 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Monitoraggio periodico sulle strutture private accreditate eroganti prestazioni riabilitative ambulatoriali | Il Medico Fisiatra e un Fisioterapista effettuano un monitoraggio semestrale sulle cartelle cliniche dei pazienti trattati e in trattamento presso tutte le strutture convenzionate accreditate. Vengono controllate a campione il 5% delle cartelle/anno per struttura (numero variabile in base al ricovero). Le cartelle vengono consegnate dalla struttura su precisa indicazione del Direttore per ottimizzare la randomizzazione del controllo. Il Medico ed il Fisioterapista non appartengono alla zona controllata per garantire l'assenza di conflitti di interesse. | Medico Fisiatra e un PO Fisioterapista | PSD RIAB 7/2018 | Esiste il rischio di conflitto di interessi tra medici/fisioterapisti e strutture controllate | Presenza di conflitti di interesse non dichiarati del medico/fisioterapista | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché esistono potenziali rilevanti interessi economici e probabili conflitti di interessi ma ogni figura che opera il controllo (medico e fisioterapista) compila annualmente un'autodichiarazione in cui attesta assenza di conflitto di interessi che viene controllata dal Direttore di Dipartimento. | Il medico ed il fisioterapista devono rilasciare, all'inizio dell'anno, una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi che riguarda tutte le strutture accreditate anche quelle al di fuori della zona di intervento L'individuazione delle cartelle cliniche da controllare continua a non essere demandata alla struttura interessata, ma viene stabilita, con il sistema di sorteggio, da un elenco predisposto prima del controllo della struttura stessa che conterrà l'indicazione del campione tra tutte le cartelle dei pazienti trattati nel semestre precedente | | | | | | | X | N° di dichiarazioni rilasciate per anno / N° di soggetti tenuti al rilascio della dichiarazione annuale | 100% | DIR | Annuale al 31/12 | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N° di cartelle da controllare all'anno per struttura | 5% | DIR | Annuale al 31/12 | |
| 5 | Dimissione | Tutto il Team di cura, per gli aspetti di competenza, redige una lettera di dimissione integrata. Ove necessario, ad integrazione della lettera di dimissione fisioterapica, redige la lettera di dimissione o il documento di handover per il MMG o lo specialista invitato | Team di cura: Medico Fisiatra, Fisioterapista, Logopedista e altre figure necessarie per il PRI | DGR 595/05 PNDRIA 2011 legge 833/78 PNLG 6/2008 rev 1 2011 e rev 2 2015 LR 51/09 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Percorso assistenziale di riabilitazione con individuazione del setting di ricovero riabilitativo residenziale o semiresidenziale |
| Area di rischio: | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Processi connessi: | |
| Codice: | MEDFIS002 |
| DIR: | Bruna Lombardi |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa |
| RESP: | Bruna Lombardi |
| Struttura del RESP: | Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa |
| Data di aggiornamento: | 23/12/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|---|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - CUP - Strutture Ospedaliere di ricovero per acuti; - Strutture Universitarie di Ricovero per acuti; - Strutture di Riabilitazione Intensiva; - Case di Cura Private Accreditate (setting di ricovero per acuti) | <ul style="list-style-type: none"> - CUP I Livello a cui si rivolge direttamente il cittadino con richiesta del MMG o di Medico Specialista del SSN - Richieste di consulenza interne in ospedale pubblici aziendali o universitari per acuti - Segnalazione della ACOT/CDCA - Richiesta di visita autorizzativa richiesta al CUP sulla base di un PRI proposto da uno specialista di struttura privata accreditata convenzionata | <p>Assicurare la presa in carico riabilitativa in pazienti ricoverati in setting per acuti o in condizioni di disabilità in fase territoriale che necessitano di programmi di intervento all'interno di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) per la complessità del quadro clinico, con l'obiettivo di contenere la disabilità o favorirne la gestione degli esiti mediante ricovero riabilitativo residenziale o semiresidenziale. Sono esclusi da presente processo i minori con disabilità neuropsichica che afferiscono a UFSMIA.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Schede di esito monitoraggi -SDO reparti cod 56 -Lettera di dimissione | <ul style="list-style-type: none"> - Direttore del dipartimento - Cittadino |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|---|-----------------------------------|--|--|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|---|--------------------------|-------------------|---|----------|
| MEDFIS002 - Percorso assistenziale di riabilitazione con individuazione del setting di ricovero riabilitativo residenziale o semiresidenziale - 23/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | |
| 1 | Segnalazione diretta da un reparto per acuti o da ACOT Zonale o richiesta di visita fisiatrica territoriale per autorizzazione ricovero | 1) Per i pazienti con presa in carico dal territorio: le visite ambulatoriali (autorizzate e fisiatriche) sono gestite dal personale dell'accettazione che apre l'agenda CLP (agende riservate) e prepara le cartelle cartacee (in implementazione adozione cartella informatizzata su tutte le sedi ambulatoriali); 2) Per i pazienti ricoverati il medico apre il programma Argos e stampa la lista delle richieste di consulenza interne in ordine cronologico; 3) Il medico consulta le richieste pervenute da ACOT tramite mail. | Personale dell'accettazione Medico Fisiatra | DGRT 679/16 DGRT 677/12 Criteri di priorità per priorità B e D condivise con il Dipartimento di Medicina Generale Delibera ACOT | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Visita medica | Il Medico Fisiatra visita il paziente presso il reparto per acuti e formula un progetto riabilitativo individuale (PRI) ed invia il paziente al setting appropriato (struttura residenziale), in continuità diretta in almeno il 95% dei casi. Il Medico Fisiatra visita il paziente presso gli ambulatori territoriali e avvalta, modifica o formula un progetto riabilitativo individuale (PRI) nel quale, tra l'altro, indica le priorità di presa in carico secondo i tempi previsti dalla procedura aziendale. In entrambi i casi il percorso riabilitativo individuato con PRI il può prevedere che il paziente svolga il processo presso una struttura pubblica o privata accreditata. In caso di invio in strutture pubbliche dispone direttamente le modalità di presa in carico, in caso di invio tramite ACOT/CDCA Firenze il medico non è a conoscenza della struttura privata convenzionata che accoglierà il paziente. La pratica è gestita dal CDCA Firenze. | Medico Fisiatra | Art. 44, c.2, DPCM 12/01/17 (LEA) DGRT 679/16 DGRT 677/12 Criteri di priorità per priorità B e D condivise con il Dipartimento di Medicina Generale Delibera ACOT | L'assenza di coinvolgimento del medico valutante nella scelta del setting di ricovero (scelta indirizzata dal CDC Firenze sulla base della disponibilità) riduce al massimo i rischi di corruzione. | Conflitto di interessi tra medici e strutture di ricovero non dichiarato. | Basso | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Monitoraggio periodico sulle strutture private accreditate eroganti prestazioni riabilitative residenziali e semiresidenziali | Il Medico Fisiatra e un Fisioterapista effettuano un monitoraggio semestrale sulle cartelle cliniche dei pazienti trattati e in trattamento presso TUTTE le strutture convenzionate accreditate. Vengono controllate a campione il 5% delle cartelle l'anno per struttura. Le cartelle vengono consegnate dalla struttura. Il Medico ed il Fisioterapista non appartengono alla zona controllata per garantire l'assenza di conflitti di interesse. | Medico Fisiatra e un PO Fisioterapista | PSD RIAB 7/2018 | Esiste il rischio di conflitto di interessi tra medico/fisioterapist e strutture controllate | Presenza di conflitti di interesse non dichiarati dal medico/fisioterapista | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché potrebbero esistere interessi economici e probabili conflitti di interessi ma esiste un documento ufficiale da compilare in cui è esplicitamente richiesta la presenza o meno di conflitto di interessi che permette di escludere dal monitoraggio chi ha potenziali conflitti. | Il medico ed il fisioterapista devono rilasciare, all'inizio dell'anno, una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi che riguarda tutte le strutture accreditate anche quelle al di fuori della zona di intervento | | | | | | | X | N° di dichiarazioni rilasciate per anno / N° di soggetti tenuti al rilascio della dichiarazione annuale | 100% | DIR | Annuale al 31/12 | |
| 4 | Monitoraggio periodico sulle strutture pubbliche di ricovero eroganti prestazioni riabilitative | Settimanalmente il Team del reparto di riabilitazione pubblica rivede i progetti riabilitativi dei pazienti in degenza e ne aggiorna gli obiettivi secondo le necessità tramite anche scale di valutazione prestabile e validate. Mensilmente, la Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero (DSPO) estrae un campione delle cartelle pari al 10% dei ricoveri. La metà viene analizzata dal reparto e l'altra metà direttamente dalla DSPO in base ad una check-list regionale. | Medico Fisiatra Team di cura: Medico, Fisioterapista, Logopedista e altre figure necessarie per il PRI Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero | Legge Regionale Toscana 51/09 (Accreditamento) | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Dimissione | Tutto il Team di cura, per gli aspetti di competenza, redige una lettera di dimissione integrata. | Team di cura: Medico, Fisioterapista, Logopedista e altre figure necessarie per il PRI | PINDRIA 2011 Legge 833/78 PNLG 6/2008 rev 1 2011 e rev 2 2015 LR 51/09 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili) |
| Area di rischio: | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni |
| Processi connessi: | |
| Codice: | PREVEN002 |
| DIR: | Berti Renzo |
| Struttura del DIR: | Dipartimento della Prevenzione |
| RESP: | Luigi Mauro |
| Struttura del RESP: | Area Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL) |
| Data di aggiornamento: | 11/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|--|---|--|--|
| Autorità giudiziaria, enti sovraordinati (Ministeri, Regione), ARPAT, enti locali, lavoratori, medici competenti, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, altre strutture del Dipartimento della Prevenzione, organizzazioni sindacali, privati cittadini, forze di polizia. | Programmazione regionale/nazionale, criteri di priorità (eventi sentinella e/o valutazioni epidemiologiche; metodo regionale INDEDI solo per cantieri), programmazione di Area Funzionale, esposti e segnalazioni, controllo “a vista” (per norma regionale: solo per cantieri), deleghe autorità giudiziaria ai sensi cpp | Le strutture organizzative dell'Area Funzionale PISLL, in quanto organo di vigilanza ai sensi del D.Lgs.81/08 e del D.Lgs.758/94, svolgono le funzioni di vigilanza sull'ottemperanza alla normativa in materia di igiene e sicurezza del lavoro. La programmazione viene formalizzata attraverso il Piano Operativo di Attività (POA – cod. VAR.APISLL 01), redatto a livello di Area e declinato per ogni UFC. | Verbale e/o rapporto conclusivo del controllo Fogli di prescrizioni Comunicazioni di notizia di reato Registrazione degli esiti sull'applicativo informatico ed eventuali atti sanzionatori Eventuali comunicazioni obbligatorie ad altri Enti | Autorità giudiziaria, Regione, lavoratori, datori di lavoro, dirigenti, preposti, consulenti, responsabili del servizio prevenzione e protezione, fabbricanti, progettisti, coordinatori, contravventori, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, organizzazioni sindacali, organizzazioni di parte datoriale, cittadini |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|--|----------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------|----|----|----|-------------------------------|--------------------------|----|--|---|------|---|---|--------------------|--|--|--|
| PREVEN02 - Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili) - 11/01/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | | | | | | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | Indicatori di attuazione | | | | | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | | | | | |
| 1 | Programmazione di Area Funzionale | Programmazione dei controlli da parte del Direttore dell'Area Funzionale in collaborazione con il Direttore dell'Area Funzionale in base alla valutazione dei diversi input (LEA, PSSR, piano regionale della prevenzione, atti regionali, disposizioni aziendali, criteri di priorità, frequenza esposti). Tale programmazione è riferita soltanto ai numeri e alla tipologia dei controlli da effettuare per fascia di rischio. L'individuazione dei soggetti da sottoporre a controllo è effettuata nella successiva fase di Programmazione di Unità Funzionale. I controlli individuati dall'Area Funzionale in termini di settori di intervento e relativi volumi di attività sono poi definiti a livello di Unità Funzionale individuando i soggetti (in genere, imprese o enti) da sottoporre a controllo nell'ambito indicato nel POA. Redazione POA (piano operativo annuale) dell' Area VAR.APISLL01, declinato per UU.FF.CC, aggiornato annualmente. | Direttore dell'Area Funzionale in collaborazione con il Direttore dell'Area Funzionale | LEA, PSSR, piano regionale della prevenzione, atti regionali di programmazione, accordi in sede di comitato ex art.7, D.Lgs.81/08, disposizioni aziendali, criteri di priorità (anche a livello locale: settori particolarmente rilevanti o caratterizzati da elevati indici infortunistici o di rischi per tecnologie), frequenza esposti. Direttore Procedure RUP/PT/PC Procedura Specifica del Dipartimento della Prevenzione PS.DPREV.03 Gestione della programmazione ed erogazione del servizio. Procedure tecniche specifiche (PTS): PST.APISLL01 Controllo Unità locali PST.APISLL02 Controllo cantiere edile PST.APISLL03 Ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente PST.APISLL04 Inchiesta malattia professionale PST.APISLL05 Controllo cave PST.APISLL06 Rilascio pareri uso esplosivi PST.APISLL07 Controllo piani amianto PST.APISLL08 Inchiesta infortuni PST.APISLL10 Controllo bonifica amianto | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Programmazione di Unità Funzionale Complessa (UFC) | Programmazione operativa dei controlli di unità locali e cantieri sulla base della Programmazione dell'Area Funzionale (POA), considerando anche esposti/segnalazioni e attività delegate dall'unità Giudiziaria. La programmazione è effettuata dal Responsabile della Unità Funzionale (RUF) o suo delegato. Vengono anche individuati, per ogni tipologia di controllo, i criteri di selezione (per priorità e/o a campione da banche dati: es. CCIAA banca dati Telemaco - Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura - CCIAA). In questa fase si costruiscono pertanto i pacchetti di Unità Locali / cantieri da sottoporre a controllo, definendo l'elenco per ciascuna tipologia. | RUF o suo delegato (anche più di uno, a seconda della tipologia di controlli). La figura del delegato è in genere una posizione organizzativa (PO). | -Vedi criteri di programmazione stabiliti dal POA, H0.APISLL01 rev.0 del 28.11.19 "Gestione pratiche SSSPC", stabilisce le modalità di assegnazione agli operatori tramite l'applicativo SSSPC. Esiti di precedenti controlli, ove previsto dai criteri stabiliti. Vedi anche PTS di cui ai punti precedenti | Possibili conflitti di interessi tra il soggetto che assegna la pratica e/o l'assegnatario del controllo e il soggetto controllato. | Possibile conflitto di interessi | Medio | Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico e reputazionale si può ritenere medio. Le dichiarazioni di impegno devono essere rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT. Invo di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | Il RUF e suo delegato devono rilasciare al Direttore di Area almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. Le dichiarazioni di impegno devono essere rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT. Il RUF e suo delegato devono rilasciare al Direttore di Area almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. Le dichiarazioni di impegno devono essere rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT. Invo di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | | | | | | | X | Verifica rilascio da parte del RUF e suo delegato delle dichiarazioni di impegno (S/N/O) | Si | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | | | | |
| 3 | Programmazione operativa di assegnazione delle pratiche agli operatori di vigilanza | Assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa da parte della competente UFC ovvero sulla base dell' assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura o suo delegato tramite applicativo informatico. Agli operatori del comparto l'assegnazione può essere effettuata dal coordinatore o dal responsabile di RO dei Tecnici della Prevenzione. Per i medici e gli ingegneri l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte di un referente o direttamente dal RUF. L'assegnazione operativa IO APISLL 01 Gestione Pratiche SSSPC definisce le modalità di assegnazione e delle pratiche agli operatori con particolare attenzione al conflitto di interessi, le modalità di controllo (almeno due operatori salvo giustificate eccezioni, criterio della rotazione, ove possibile, etc.). Ogni operatore rilascia al proprio RUF una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | RUF o suo delegato | POA UFC Funzionigramma di UFC in DOC.APISLL06 rev. 0 del 3.6.21 IO APISLL 01 Gestione Pratiche SSSPC | Possibili conflitti di interessi tra il soggetto che assegna la pratica e/o l'assegnatario del controllo e il soggetto controllato | Possibile conflitto di interessi | Medio | Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media in quanto è già previsto che ogni operatore rilasci una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere medio. Le dichiarazioni di impegno devono essere rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT. Invo di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | Il RUF e suo delegato devono rilasciare al Direttore di Area almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. Le dichiarazioni di impegno devono essere rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT. Invo di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | | | | | | | X | N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività di vigilanza | Si | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | | | | |
| 4 | Fase istruttoria | Fase istruttoria in cui l'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione presente in archivio relativa all'impresa o ente da sottoporre a controllo e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività | Operatori incaricati del controllo | Leggi, Regolamenti e Norme Tecniche applicabili a ciascun ambito di vigilanza individuato IO.APISLL001 Procedure tecniche specifiche (PTS): PST.APISLL01 Controllo Unità locali PST.APISLL02 Controllo cantiere edile PST.APISLL03 Ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente PST.APISLL04 Inchiesta malattia professionale PST.APISLL05 Controllo cave PST.APISLL06 Rilascio pareri uso esplosivi PST.APISLL07 Controllo piani amianto PST.APISLL08 Inchiesta infortuni PST.APISLL10 Controllo bonifica amianto | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Attività di controllo | Gli operatori incaricati (di norma due), di profili anche diversi, analizzano il contesto, effettuano una o più operazioni di controllo raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi. Gli operatori incaricati valutano le condizioni di rischio delle imprese soggette a controllo attraverso il confronto con gli standard stabiliti dalle norme e assumono le determinazioni conseguenti sempre in conformità alla normativa. Gli operatori incaricati redigono, se del caso, una relazione finale delle attività svolte e dei risultati ottenuti su specifica modulistica e attivano gli eventuali procedimenti sanzionatori, amministrativi e/o penali. | Operatori incaricati del controllo | Leggi, Regolamenti e Norme Tecniche applicabili a ciascun ambito di vigilanza individuato IO.APISLL001 Procedure tecniche specifiche (PTS): PST.APISLL01 Controllo Unità locali PST.APISLL02 Controllo cantiere edile PST.APISLL03 Ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente PST.APISLL04 Inchiesta malattia professionale PST.APISLL05 Controllo cave PST.APISLL06 Rilascio pareri uso esplosivi PST.APISLL07 Controllo piani amianto PST.APISLL08 Inchiesta infortuni PST.APISLL10 Controllo bonifica amianto | Possibili conflitti di interessi tra il soggetto assegnatario del controllo e il soggetto controllato che potrebbero portare alla falsificazione degli esiti del controllo | Possibile conflitto di interessi | Medio | Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media in quanto è già previsto che ogni operatore rilasci una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere medio. Le dichiarazioni di impegno devono essere rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT. Invo di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | Il RUF e suo delegato devono rilasciare al proprio RUF almeno una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. Le dichiarazioni di impegno devono essere rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT. Invo di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | | | | | | | | X | N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività di vigilanza | Si | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | | | |
| 6 | Registrazione | Registrazione su applicativo regionale SSSPC Chiusura della pratica su applicativo SSSPC | Operatori incaricati del controllo | Istruzioni applicativo SSSPC Procedure tecniche specifiche (PTS): PST.APISLL01 Controllo Unità locali PST.APISLL02 Controllo cantiere edile PST.APISLL03 Ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente PST.APISLL04 Inchiesta malattia professionale PST.APISLL05 Controllo cave PST.APISLL06 Rilascio pareri uso esplosivi PST.APISLL07 Controllo piani amianto PST.APISLL08 Inchiesta infortuni PST.APISLL10 Controllo bonifica amianto | Nessuno | | | | | | | | | | | | X | Numero di programmi e riesame delle attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 entro la scadenza | Si | 100% dei programmi e relazioni di riesame di attività di supervisione redatti e pubblicati in base alla DGRT 1012 e DDG 4443/2009 | RESP | 31/12 di ogni anno | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature |
| Area di rischio: | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni |
| Processi connessi: | |
| Codice: | PREVEN004 |
| DIR: | Renzo Berti |
| Struttura del DIR: | Dipartimento della Prevenzione |
| RESP: | Da assegnare |
| Struttura del RESP: | UFC Verifica Impianti e Macchine (VIM) |
| Data di aggiornamento: | 13/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|---|--|---|---|---|
| Amministrazioni condominiali, privati cittadini, strutture funzionali aziendali, datori di lavoro pubblici e privati, proprietari di impianti pubblici e privati. | <p>Affidamento in via continuativa, fino a revoca, delle verifiche periodiche degli ascensori da parte dei proprietari/amministratori di condominio.</p> <p>Richiesta di verifica straordinaria degli ascensori, a seguito di modifiche significative, oppure a seguito di un verbale negativo.</p> <p>Per le attrezzature di lavoro il processo inizia necessariamente con una richiesta, in quanto i corrispondenti controlli obbligatori sono stati da tempo liberalizzati e possono essere effettuati anche da altri soggetti.</p> <p>Per la parte rimanente dell'attività (intorno al 4 - 5 %), il processo può prendere avvio anche d'iniziativa, in quanto i corrispondenti controlli obbligatori sono affidati per Legge alle AUSL in esclusiva (Impianti di riscaldamento centralizzato; omologazione di impianti elettrici a rischio esplosione; attrezzature a pressione non utilizzate come attrezzature di lavoro).</p> | Effettuare i controlli omologativi, periodici e straordinari obbligatori per Legge su impianti, macchine ed attrezzature. | Certificati di omologazione, verbali di verifica. | Amministrazioni condominiali, privati cittadini, strutture funzionali aziendali, datori di lavoro pubblici e privati, proprietari di impianti pubblici e privati. |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|---|-----------------------------------|---|--|---------------------|-------------------------------|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|---|---|------|--------------------|--------------------|
| PREVENUDA - Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature - 13/01/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | | | |
| 1 | Ricezione delle richieste/affidamenti | Le richieste di verifica pervengono attraverso gli usuali canali di comunicazione (email, PEC, una parte ormai residuale per posta ordinaria o raccomandata). Per gli impianti ascensori, nell'ambito Firenze, sono in essere affidamenti in via continuativa fino a didetta. | Segreteria della UFC | Tempestività nella protocollazione delle richieste | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Redazione del piano di lavoro operativo annuale | Definizione della programmazione di attività da effettuare nell'anno in esame, in termini di numero di verifiche ed attività suddivise per tipologia di impianto e per caratteristiche del procedimento (attività che possono essere effettuate anche da soggetti pubblici o privati abilitati oppure attribuite per Legge in esclusiva alle AUSL); la suddetta programmazione è riportata nel Piano Operativo Annuale (POA). Le verifiche che possono essere effettuate anche da soggetti pubblici o privati abilitati sono: - impianti di protezione contro le scariche atmosferiche; - impianti di messa a terra; - impianti elettrici installati in ambienti con possibile formazione di atmosfere a rischio di esplosione; - ascensori e montacarichi; - apparecchi di sollevamento di cose e persone; - attrezzature a pressione utilizzate come attrezzature di lavoro; - impianti termici utilizzati come attrezzature di lavoro. Le attività attribuite per Legge in esclusiva alle AUSL sono: - verifiche di impianti di riscaldamento centralizzato; - attrezzature a pressione non utilizzate come attrezzatura di lavoro; - omologazione di impianti elettrici installati in ambienti con possibile formazione di atmosfere a rischio di esplosione. Tali attività possono essere effettuate di iniziativa e non è necessaria una specifica richiesta del proprietario/responsabile dell'impianto. Gli impegni previsti sono determinati: - sulla base degli affidamenti in via continuativa in essere per gli ascensori; - sulla previsione delle richieste risultante dall'analisi dei dati storici per le attrezzature di lavoro. Gli impegni previsti sono rapportati alla capacità operativa della UFC, per garantire il rispetto delle scadenze delle verifiche. Gli impianti risultanti dalla determinazione degli impegni vengono assegnati ai tecnici verificatori della UFC, tenendo conto delle caratteristiche professionali e del tempo lavoro disponibile per le attività di verifica (alcuni operatori hanno carichi di lavoro diversi dalle verifiche impiantistiche). Ogni operatore rilascia al proprio RESP una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | RESP Dirigenti coordinatori dei vari settori di attività, se individuati. | - Programmazione (POA) concordata con la Direzione del Dipartimento; - Obiettivi di Budget stabiliti dalla Direzione Aziendale. - Numero e tipologia delle richieste di verifica. - Tempo lavoro disponibile per le verifiche impiantistiche. | Assegnazione di verifiche ad operatori con potenziali conflitti d'interesse verso i soggetti destinatari dell'output del processo | Conflitto di interessi | Medio | Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media in quanto è già previsto che ogni operatore rilasci una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere medio. | Ogni operatore deve rilasciare al proprio RESP almeno una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. Le dichiarazioni di impegno devono essere rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT. Il RESP e suo delegato devono rilasciare al Direttore di Area almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. Le dichiarazioni di impegno devono essere rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT. Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | X | | | | | | | | X | N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività di verifica | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | Verifica rilascio da parte del RESP e suo delegato delle dichiarazioni di impegno (S/NO) | SI | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (S/NO) | SI | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 3 | Pianificazione operativa dei singoli verificatori | Ogni tecnico verificatore provvede alla personale pianificazione operativa della sua attività, incaricando le proprie disponibilità con le necessità dei proprietari/responsabili degli impianti, in modo tale da portare a termine il programma a lui affidato, rispettando le scadenze delle relative verifiche. | Tecnici verificatori | - Piano di lavoro operativo annuale - Scadenze delle verifiche degli impianti affidati | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Effettuazione delle verifiche | Le modalità di effettuazione operativa delle attività di verifica, diverse per ogni tipologia di impianto, sono descritte in dettaglio nelle Procedure Tecniche e nelle Istruzioni Operative del Sistema di Gestione della Qualità del Dipartimento della Prevenzione. L'effettuazione della verifica da parte del tecnico termina con l'emissione del verbale o del certificato di omologazione e con l'archiviazione informatica e cartacea del fascicolo. | Tecnici verificatori | - Leggi, Regolamenti e Norme Tecniche di settore - Procedure ed Istruzioni Operative definite nel Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) del Dipartimento di Prevenzione | Emissione di certificazioni non corrispondenti all'esito dei controlli da parte del tecnico verificatore, per possibili conflitti di interesse nei confronti del soggetto controllato. | Conflitto di interessi | Medio | Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media in quanto è già previsto che ogni operatore rilasci una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere medio. | Ogni operatore deve rilasciare al proprio RESP almeno una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. Le dichiarazioni di impegno devono essere rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT. Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. Audit interni e di supervisione professionale a cura delle strutture del SGQ del Dipartimento della Prevenzione e dei Direttori delle LUUOO Professionali | X | | | | | | | | X | N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività di verifica | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (S/NO) | SI | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 5 | Trasmissione agli operatori della SOC Clienti delle informazioni necessarie all'emissione delle fatture corrispondenti alle prestazioni effettuate | La trasmissione avviene con due modalità: - trasmissione a SOC Clienti dell'elenco dei controlli effettuati dai singoli verificatori; - collegamento dei sistemi informativi della UFC VIM e della SOC Clienti. | - Singoli tecnici verificatori VIM; - supervisione del RESP per la gestione del sistema informativo. | Nessuno | Mancata trasmissione degli elenchi alla SOC Clienti per evitare l'emissione della fattura. | Conflitto di interessi, con conseguente comportamento non corretto degli operatori. | Medio | Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media in quanto è già previsto che ogni operatore rilasci una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere medio. | Ogni operatore deve rilasciare al proprio RESP almeno una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. Le dichiarazioni di impegno devono essere rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT. Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | X | | | | | | | | X | N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività di verifica | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (S/NO) | SI | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 6 | Controllo dell'andamento dell'attività ed eventuali correttivi | Questo controllo, di norma mensile, è a cura dei Dirigenti coordinatori dei settori di attività, se individuati, e del RESP. Ove si verificano scostamenti dall'andamento previsto si provvede ad apportare gli opportuni correttivi in termini di obiettivi di attività, di ripartizione di carico di lavoro tra gli operatori, di ripartizione delle verifiche tra le varie tipologie di impianto, ecc. Il controllo comprende inoltre l'incrocio dei dati di attività con la programmazione operativa dei singoli tecnici verificatori, registrata nell'archivio informatico. | RESP - Dirigenti coordinatori dei vari settori di attività, se individuati. | Programmazione Operativa Annuale dell'attività | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Esame a consuntivo annuale | Attività a cura del RESP, che determina il consuntivo annuale in termini di numero e tipologia di verifiche effettuate ed in termini di importi fatturati, provvedendo al raffronto con gli obiettivi assegnati | RESP | - Programmazione (POA) concordata con la Direzione del Dipartimento; - Obiettivi di Budget stabiliti dalla Direzione Aziendale. | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Rilascio di certificazione in Area Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro |
| Area di rischio: | Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario |
| Processi connessi: | |
| Codice: | PREVEN010 |
| DIR: | Renzo Berti |
| Struttura del DIR: | Dipartimento della Prevenzione |
| RESP: | Luigi Mauro |
| Struttura del RESP: | Area Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL) |
| Data di aggiornamento: | 11/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|-----------------------------|---|---|--|-----------------------------|
| Cittadini, aziende, Regione | Richiesta da parte di un soggetto esterno presentata secondo modalità formale predefinita dalla struttura erogatrice. | Rilascio da parte dell'organo tecnico competente di un'attestazione scritta, elettronica o equivalente, relativa alla conformità di un prodotto o di un servizio alle norme vigenti (Riferimento: Prodotti Finito della Prevenzione 4.2 Regione Toscana n.52) | Rilascio Certificazioni Area PISLL: - Certificato di restituibilità di ambienti bonificati per amianto; - Esami in sede di Commissione Regionale per accertamento della idoneità per abilitazione alle operazioni relative all'impiego di gas tossici ai fini del rilascio da parte del Comune del relativo patentino - Altre certificazioni nell'interesse del privato di competenza esclusiva ASL | Cittadini, aziende, Regione |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|----------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------|---------------------|----|----|----|----|-------------------------------|--|--------------------------|-------------------|---|----------|----|
| PREVENIO10 - Rilascio di certificazione in Area Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro - 11/01/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | | | | | | | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e Descrittriche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifica di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | | CI |
| 1 | Ricezione Richiesta Certificato | Il personale amministrativo assegnato alla Struttura riceve l'istanza formale di una richiesta di certificato tramite canali istituzionali, assegnazione di protocollo e creazione pratica SISPC | Personale amministrativo | Ricezione tramite SUAP, ove previsto dalle norme Disposizioni aziendali in materia di protocollo | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Assegnazione pratica | Assegnazione delle pratiche agli operatori attraverso la pianificazione operativa da parte della competente Unità Funzionale ovvero sulla base dell'assegnazione specifica da parte del responsabile della struttura tramite applicativo informatico. 1) Per i Dirigenti l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte di un referente o direttamente dal responsabile di struttura. 2) Agli operatori del comparto l'assegnazione è effettuata dal coordinatore o dal responsabile di posizione organizzativa del TAP. Le assegnazioni vengono fatte con l'istruzione operativa IO.APISLL.01 Gestione Pratiche SISPC REV. 1 del 29/11/19 Ogni operatore rilascia al proprio RUF una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | Direttore UF o suo sostituto Coordinatore e/o incarico di funzione | IO.APISLL.01 Gestione Pratiche SISPC rev. 1 (Amianto: PST.APISLL.10 REV.0) | Possibili conflitti di interessi tra il soggetto che assegna la pratica e/o l'operatore assegnatario e il soggetto richiedente. | Possibile conflitto di interessi | Medio | Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media in quanto è già previsto che ogni operatore rilasci una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere medio. Il RUF e suo delegato devono rilasciare al Direttore di Area almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. Le dichiarazioni di impegno devono essere rilasciate su apposito modello predisposto dal DIR con la collaborazione del RPCT. | | | | | | | X | N° Dichiarazioni rilasciate / N° operatori incaricati delle attività | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Fase istruttoria | Consultazione e valutazione di atti, acquisiti durante un sopralluogo e/o richiesti e/o prodotti autonomamente Dal richiedente | Dirigente/operatore del comparto | Procedure specifiche del sistema gestione qualità applicabili | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Richiesta integrazioni | Atto formale di richiesta informazioni al richiedente la prestazione, integrazione e/o modifica della documentazione o di altri elementi tecnici di conoscenza, non desumibili dalla documentazione agli atti della struttura | Dirigente/operatore del comparto | Normative di riferimento Procedure specifiche del sistema gestione qualità applicabili (Amianto: PST.APISLL.10 REV.0) | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Sopralluogo con eventuali prelievi/misure strumentali e/o valutazione esiti analitici | Eventuale accesso, per alcuni processi in rapporto al tipo di certificazione richiesta di uno o più operatori di profili anche diversi, che analizzano il contesto, effettuano una o più operazioni di controllo ufficiale e raccolgono informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi. Eventuale misura strumentale o prelievo di campione in qualsiasi matrice. Eventuale confronto e analisi da un punto di vista igienico-sanitario degli esiti analitici e delle misurazioni coi dati di letteratura e coi limiti previsti nelle norme per successivo processo decisionale. Ogni operatore rilascia al proprio RUF una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | Dirigente/operatore del comparto | (Amianto: PST.APISLL.10 REV.0) | Possibili conflitti di interessi tra il soggetto assegnatario del controllo e il soggetto controllato che potrebbero portare alla falsificazione degli esiti del controllo | Possibile conflitto di interessi | Medio | Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media in quanto è già previsto che ogni operatore rilasci una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere medio. | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Verifica avvenuta emissione della fattura | Il personale amministrativo della Struttura verifica che il pagamento della prestazione sia stato effettuato in ottemperanza al tariffario regionale vigente anche in relazione al numero di campioni (amianto) e di ore di lavoro necessarie. Le modalità operative sulla base delle quali vengono effettuate le verifiche degli avvenuti pagamenti sono contenute nel "P.A.C. Azienda USL Toscana Centro - Raccolta procedure Amministrative contabili" conservato agli atti del Coordinamento P.A.C. Aziendale, come indicato nella delibera di approvazione del documento, DEL 983 del 04/07/2019. Ogni operatore rilascia al proprio RUF una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. | Personale amministrativo | Delibera 983/2019 Tariffario regionale (Amianto: PST.APISLL.10 REV.0) PAC 0303 Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria PAC 0306 Riscossione dei crediti | Esiste il rischio che il processo possa andare avanti anche se la tariffa regionale per l'attività non è stata incassata a causa di un possibile conflitto di interessi tra il personale amministrativo e colui che richiede il certificato | Conflitto di interessi | Medio | Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media in quanto è già previsto che ogni operatore rilasci una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere medio. | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Rilascio della certificazione | Redazione certificato e consegna materiale all'interessato della documentazione/ certificazione richiesta che varia in relazione alle numerose tipologie di "certificato" richiesto. | Dirigente/operatore del comparto Operatore amministrativo | Redazione secondo la procedura tecnica e/o le indicazioni applicabili (Amianto: PST.APISLL.10 REV.0) Verifica dell'avvenuto pagamento (da PST) | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Attività di Prevenzione, Educazione e Promozione della Salute rivolta alla popolazione con particolare riferimento alla comunità scolastica di ogni ordine e grado |
| Area di rischio: | Incarichi e nomine |
| Processi connessi: | |
| Codice: | PREVEN011 |
| DIR: | Renzo Berti |
| Struttura del DIR: | Dipartimento della Prevenzione |
| RESP: | Gianna Ciampi |
| Struttura del RESP: | UFC Promozione della Salute |
| Data di aggiornamento: | 13/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|---|--|---|--|
| Scuola, famiglie, Comunità, Associazioni, Regione, Uffici Scolastici, altri dipartimenti aziendali, altre aziende AUSL toscane, altre Istituzioni. | Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione, richieste dell'Ufficio Scolastico Provinciale e Regionale, evidenze epidemiologiche del territorio, Delibere Aziendali e Regionali, richieste da parte di altre Istituzioni, Procedure e Istruzioni operative. | Promuovere lo sviluppo di consapevolezza e capacità finalizzate alla scelta di stili di vita sani e prevenzione dei rischi per la salute rafforzando le competenze individuali in rapporto al contesto culturale, economico e sociale. Le attività sono rivolte alla popolazione con particolare riferimento alla comunità scolastica di ogni ordine e grado | Redazione e pubblicazione del programma "Salute e benessere a scuola", Delibera aziendale di approvazione del programma "Salute e benessere a scuola", ordini e liquidazioni dei professionisti esterni; Monitoraggio e analisi delle attività rivolte alla comunità scolastica registrate nel database dedicato. | Scuola, famiglie, Comunità, Associazioni, Regione, Uffici Scolastici, altri dipartimenti aziendali, altre aziende AUSL toscane, altre Istituzioni. |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------|----|-------------------------------|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| PREVEN011 - Attività di Prevenzione, Educazione e Promozione della Salute rivolta alla popolazione con particolare riferimento alla comunità scolastica di ogni ordine e grado - 13/01/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | | | | |
| 1 | Programmazione attività di educazione e promozione alla salute per le scuole | In base al Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione, alle richieste dell'Ufficio Scolastico Provinciale e regionale, alle evidenze epidemiologiche del territorio, viene redatta una bozza di programma di progetti per attività di educazione e promozione della salute rivolte alle Scuole di ogni ordine e grado (Programma Salute e benessere a scuola) in attesa di ulteriore definizione di risorse e contenuti. | Direttore UFC Operatori della struttura | Piani regionali di prevenzione Delibere regionali DGR 693/2015, Piano Regionale per la Prevenzione (PRP) 2014-2018 Finanziamenti finalizzati Obiettivi di salute DGR 1015/2015, Piano Regionale per la Prevenzione (PRP) 2014-2018, Destinazione di risorse per la realizzazione di progettualità del PRP. Indagini epidemiologiche, Indagine EDIT, sorveglianza HBSC e OKIO, Tutti passi, Passi d'argento, Relazione sullo stato di salute, Report epidemiologici aziendali | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Individuazione del personale interno all'Azienda per svolgere i percorsi educativi definiti nella bozza di programma | Il Direttore della Unità Funzionale Promozione della Salute effettua una ricognizione del personale interno della Struttura e richiede mediante e-mail ai Professionisti delle altre Strutture Aziendali interessate la disponibilità ad effettuare i percorsi educativi individuati nella bozza del "Programma Salute e benessere a scuola". Il Direttore della Promozione della Salute, effettua l'individuazione degli operatori esperti da coinvolgere in base alle referenze sulle varie progettualità e ne richiede la disponibilità ai Direttori delle strutture interessate/individuate. A seguito delle risposte pervenute effettua la raccolta e censimento delle disponibilità dei professionisti/operatori esperti disponibili a svolgere determinati interventi specifici in base alle competenze e impegni di lavoro. | Direttore UFC Referenti scientifici dei progetti Collaboratore amministrativo | Procedura PST.DPREV.PS.01 percorsi educativi alle scuole | Una non corretta ricognizione interna potrebbe favorire il ricorso a professionisti esterni anche in presenza di personale aziendale idoneo allo svolgimento dell'attività, con spreco di risorse pubbliche e indebiti vantaggi a soggetti privati | Mancanza di trasparenza | Basso | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Individuazione del personale esterno all'Azienda per svolgere i percorsi educativi specifici/particolari definiti nella bozza di programma | Il Direttore della Unità Funzionale Promozione della Salute, in caso di verificata mancanza di risorse o di competenze aziendali specifiche, in base alla ricognizione di personale interno all'Azienda come previsto nella fase 2, procede alla individuazione delle prestazioni di servizi esterne applicando la procedura aziendale per l'acquisizione di beni e servizi. | Direttore UFC Referenti scientifici dei progetti Collaboratore amministrativo | Procedura aziendale per l'acquisizione di beni e servizi. | Esiste il rischio che non sia garantita la partecipazione a tutti i professionisti esterni eventualmente interessati e la rotazione di quelli già coinvolti in attività aziendali, con possibile spreco di risorse pubbliche e concessione di indebiti vantaggi ad alcuni soggetti privati. | Mancanza di rotazione | Basso | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Redazione definitiva delibera e pubblicazione del documento di programma "Salute e benessere a scuola" | Acquiti elementi relativi ai contenuti e risorse disponibili, si procede alla redazione definitiva del programma "Salute e benessere a scuola", alla deliberazione aziendale e alla pubblicazione del programma sul sito web aziendale | Direttore UFC | Procedura aziendale delibere | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Adesioni delle Scuole alle proposte educative | Dopo la pubblicazione del Programma "Salute e benessere a scuola" sul sito internet aziendale e l'invio per email a tutti gli istituti del programma, gli operatori della UFC Promozione della Salute contattano i referenti delle scuole presentando il Programma "Salute e benessere a scuola". Successivamente le scuole interessate aderiscono ai singoli progetti inviando alla UFC Promozione della salute i moduli di adesione debitamente compilati | Direttore UFC Operatori della struttura | Procedura PST.DPREV.PS.01 percorsi educativi alle scuole | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Valutazione delle richieste di adesione delle scuole e successiva presa in carico | Gli operatori della Struttura Promozione della Salute raccolgono e analizzano le adesioni delle scuole, pervenute attraverso inoltro di richiesta a firma del Dirigente scolastico entro un termine stabilito. Viene effettuata la valutazione della congruità della richiesta in coerenza con quanto previsto nella procedura PST.DPREV.PS.01. Le richieste vengono accolte secondo i seguenti criteri: ordine d'arrivo, continuità con i percorsi degli anni precedenti, problematiche particolari della specifica comunità scolastica; livello di adesione al progetto da parte degli insegnanti dell'Istituto. Le richieste vengono prese in carico dagli operatori della UFC sulla base dell'ambito territoriale e delle competenze professionali. Nel caso le risorse disponibili non consentano la presa in carico di tutte le richieste pervenute o le richieste non risultino congrue al programma proposto, ne viene data formale comunicazione da parte del Dirigente della Unità Funzionale al Dirigente scolastico. | Direttore UFC Operatori della struttura | Procedura PST.DPREV.PS.01 percorsi educativi alle scuole | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Organizzazione operativa dei percorsi educativi nelle scuole richiedenti | Definizione e comunicazione a cura degli operatori della promozione della salute del calendario delle attività tramite apposito modello inviato ai dirigenti/referenti scolastici, agli operatori interni/esterni che attuano i percorsi educativi, dopo aver preso accordi con gli insegnanti ed i referenti di educazione alla salute delle scuole in merito a date, orari e classi dove realizzare i percorsi | Direttore UFC Operatori della struttura | Nessuno | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Realizzazione dei percorsi educativi di promozione della salute nelle Scuole | Gli operatori della UFC Promozione della salute, i professionisti interni ed esterni dell'Azienda realizzano i progetti educativi nelle Scuole in coerenza con i percorsi concordati e sotto la stretta supervisione dei referenti di progetto | Direttore UFC Operatori della struttura | Procedura PST.DPREV.PS.01 percorsi educativi alle scuole | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Registrazione, monitoraggio e valutazione dei singoli percorsi educativi e liquidazione professionisti esterni | Registrazione delle attività su apposito applicativo a cura del referente Promozione della Salute, valutazione delle attività realizzate. A conclusione dei singoli percorsi educativi, si procede alla "valutazione dell'intervento" attraverso una o più modalità di monitoraggio ed analisi, che possono comprendere: relazione finale, report di intervento di educazione alla salute, questionari di gradimento, questionari di feedback specifici, test di valutazione delle competenze individuali acquisite, ecc. Per quanto riguarda il gradimento/feedback somministrati ai destinatari, altre evidenze da parte dei soggetti coinvolti e sulla valutazione espressa dal referente Promozione della Salute del progetto (tenuta d'aula, metodologie, rispetto dei tempi, appropriatezza dei contenuti, etc.) la liquidazione delle prestazioni esterne avviene a seguito di valutazione positiva del responsabile della UFC della relazione presentata a conclusione del percorso, validata dal referente della Promozione della Salute. In coerenza con le procedure aziendali per l'emissione di ordine e liquidazione tramite raccordo del referente amministrativo della UFC con gli Uffici aziendali preposti. | Direttore UFC Operatori della struttura | Procedura PST.DPREV.PS.01 percorsi educativi alle scuole | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Registrazione monitoraggio e valutazione finale complessiva del programma "Salute e benessere a scuola" | Verifica della corretta e completa registrazione delle attività su applicativo informatico, monitoraggio finale tramite report di riepilogo dei percorsi educativi realizzati; valutazione complessiva a cura della Promozione della Salute | Direttore UFC Operatori della struttura | Procedura PST.DPREV.PS.01 percorsi educativi alle scuole | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Gestione delle infezioni correlate all'assistenza, antibioticoresistenza, sepsi nell'ambito delle attività indicate dal Team AID |
| Area di rischio: | Attività sanitarie |
| Processi connessi: | |
| Codice: | RETOSP004 |
| DIR: | Alessandro Sergi |
| Struttura del DIR: | Staff della Direzione Sanitaria |
| RESP: | Anna Patrizia Poli |
| Struttura del RESP: | SOS Infezioni correlate all'assistenza |
| Data di aggiornamento: | 25/02/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|---|---|--|--|
| Strutture Aziendali che erogano prestazioni sanitarie Cittadini | Indicatori aziendali collegati alle ICA. Segnalazioni pervenute (interne o esterne). | Definire e gestire le attività di sorveglianza prevenzione e controllo delle ICA (Infezioni correlate all'assistenza, steward-ship, sepsi, igiene ambientale) | Verbali delle riunioni del Team AID contenenti aspetti procedurali e interventi di miglioramento. Azioni di miglioramento scaturite dalle attività di monitoraggio e controllo. | Direttori Sanitari Direttori di Dipartimento Direttori di Strutture che erogano prestazioni sanitarie Team di presidio Referenti ICA |

2 – ANALISI DEL PROCESSO

RETOSPO04 - Gestione delle infezioni correlate all'assistenza, antibioticoresistenza, sepsi nell'ambito delle attività indicate dal Team AID - 25/02/2022

| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | | | | | | | | | | 2.2 – Valutazione dei rischi | | | | | | | 2.3 – Trattamento del rischio | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|---|--------------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------|----|----|----|------------------------------|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | | CI | | | | | | |
| 1 | Programmazione delle attività | Il Team AID (Antimicrobial Steward-ship , Infection, diagnostic steward-ship) attraverso incontri, definisce gli obiettivi prioritari riguardo la gestione delle infezioni correlate all'assistenza, steward-ship, sepsi, igiene ambientale (ICA). In particolare, il Team definisce: - gli aspetti procedurali e gli interventi di miglioramento. - le priorità di intervento per l'attività di vigilanza e controllo. Gli obiettivi vengono esplicitati attraverso verbali indirizzati al Direttore Sanitario. | Team AID è un organismo multidisciplinare e multiprofessionale presieduto dal Direttore Sanitario e composto dal Direttore della SOS AID e dai Direttori dei Dipartimenti e delle Strutture aziendali coinvolte nella gestione del rischio ICA. | Delibere Regionali e Aziendali | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Vigilanza e controllo | Il Direttore della SOS AID in collaborazione con la rete dei Referenti ICA effettua dei sopralluoghi presso le strutture aziendali che erogano prestazioni sanitarie, concordati con i rispettivi direttori, in base alle priorità stabilite dal Team AID. Nel corso dei sopralluoghi si analizzano le attività svolte e si individuano le azioni di miglioramento relative alle non conformità e criticità emerse rispetto alle indicazioni aziendali, regionali e normative nazionali. | Direttore SOS AID e personale della struttura Referenti ICA: Coordinatori del Dipartimento Infermieristico Ostetrico e i Direttori delle strutture Dipartimentali interessate. | Delibere Regionali e Aziendali | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Monitoraggio | Il Direttore della SOS AID effettua il monitoraggio degli indicatori aziendali collegati alle ICA e l'analisi delle segnalazioni pervenute (interne o esterne). In caso di anomalie individua le azioni di miglioramento in collaborazione con i Direttori di Dipartimento/Direttori di Struttura/Team di presidio/Referenti ICA interessati dalla problematica. | Direttore SOS AID e personale della struttura Direttori di Dipartimento Direttori di Struttura Team di presidio Referenti ICA | Delibere Regionali e Aziendali | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Stesura del report annuale delle attività | Il Direttore della SOS AID redige il report annuale sulle attività svolte dalla struttura. | Direttore SOS AID e personale della struttura | Delibere Regionali e Aziendali | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Formazione del personale | Il Direttore della SOS AID, in collaborazione con il Team AID organizza incontri di formazione itineranti finalizzati ad aumentare la sensibilizzazione alle attività relative alla gestione del rischio infettivo. | Direttore SOS AID e personale della struttura Team AID | Delibere Regionali e Aziendali | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Conferimento incarichi collaborazione |
| Area di rischio: | Incarichi e nomine |
| Processi connessi: | |
| Codice: | RISUMA002 |
| DIR: | Arianna Tognini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Risorse umane |
| RESP: | Occhiolini Ginevra |
| Struttura del RESP: | SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR |
| Data di aggiornamento: | 19/12/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|---|--|---|--|--|
| Direttore di Struttura e Direttore di Dipartimento interessati in base alla professionalità richiesta; Direzione Sanitaria/Amministrativa aziendale | Richiesta di avvio procedura e relativo progetto allegato presentata dai soggetti esterni da cui provengono gli input del processo | Reclutare, attraverso la pubblicazione di avvisi pubblici ed effettuazione di specifica selezione, personale specializzato e qualificato per il conferimento di incarichi legati a specifici progetti | Individuazione del professionista richiesto a seguito espletamento di procedura selettiva, redazione verbale dal parte della Commissione di Valutazione, stipula contratto individuale da redigersi in base agli artt. 2222 e seguenti del Codice Civile, atti consequenziali. | Direttori delle Strutture destinatari della collaborazione; il professionista individuato, PERLAPA |

| ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | RISUMAZIONE - Conferimento incarichi collaborazione - 19/12/2022 | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|--|---|--|---|--|-----------------------------------|---|--|---------------------|----|----|----|--|----|----|----|-------------------------------|--|---|----------|--|-------------------------------------|--|
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | |
| 1 | Ricezione della richiesta di attivazione di una selezione per il conferimento di un incarico libero professionale | La SOSD Assunzioni e rapporti con ESTAR riceve la richiesta di attivazione di una selezione per il conferimento di un incarico libero professionale per un massimo di 120 ore mensili (30 ore settimanali) esclusivamente per progetto o settore specifico di attività. La richiesta e il progetto sono formulati dal Dirigente di Struttura interessata e dal Direttore del Dipartimento afferente che attestano l'assenza di idonea graduatoria di Pubblico Concorso/Avviso Pubblico e l'impossibilità oggettiva di utilizzare risorse interne. La richiesta e il progetto sono approvati dalla Direzione Aziendale che li invia alla SOSD e al Dipartimento Risorse Umane. | PO /SOSD Assunzioni e Rapporti con Estar | art. 7 comma 6 del D.LGS N. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni - Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Esame pratica e emissione avviso | La SOSD Assunzioni e rapporti con ESTAR verifica nuovamente la presenza o meno di graduatorie e la correttezza nella redazione dello specifico progetto di dettaglio di attività, e predispone la delibera di emissione avviso. L'avviso viene pubblicato sul sito aziendale alla voce bandi, concorsi, avvisi - avvisi di selezione pubblica per almeno 15 giorni. Le domande vengono recepite via pec all'indirizzo esplicitato nell'avviso stesso | PO /SOSD Assunzioni e Rapporti con Estar | art. 7 comma 6 del D.LGS N. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni - Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Espletamento selezione | Nel caso le domande degli interessati siano in numero maggiore rispetto agli incarichi da conferire si procede, oltre a effettuare la valutazione dei curricula, anche a espletare il relativo colloquio. Il colloquio viene espletato in sala aperta al pubblico per garantire la massima trasparenza. L'esito della selezione è reso pubblico con il provvedimento di conferimento incarico visionabile all'albo pretorio per 15 gg. I componenti della Commissione nominati con delibera della Direzione, sottoscrivono una dichiarazione di mancanza di conflitto di interessi e compatibilità nel loro primo incontro. La commissione non percepisce alcun compenso ed è definita per 2/3 da regolamento Aziendale: Presidente Direttore del dipartimento interessato, componente direttore Struttura richiedente ed un terzo componente individuato dal direttore del dipartimento interessato, nella disciplina specifica per la quale si richiede la collaborazione di altra struttura e rientrante nella stessa area. | Commissione (composta dal Direttore del Dipartimento interessato o suo delegato, n. 2 specialisti in base all'incarico da conferire) e segretario verbalizzante | art. 7 comma 6 del D.LGS N. 165/2001 e successive modificazioni e integrazioni - Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018 | Possibile presenza di conflitto di interessi o situazione di incompatibilità (p.e. condanne per reati contro la PA) in capo ai membri della commissione | Presenza di conflitti di interessi o situazioni di incompatibilità | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché è media la probabilità di accadimento per la possibile presenza di conflitti di interessi ed è stato valutato medio l'impatto sotto il profilo economico e reputazionale | Sottoscrizione da parte di ogni membro della commissione di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e situazioni di incompatibilità | | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni rilasciate dai membri di ciascuna commissione / N° di membri di ciascuna commissione | 100% per tutte le commissioni | RESP | | Al primo incontro della commissione | |
| 4 | Firma contratto individuale | A seguito dell'espletamento della procedura selettiva la SOSD Assunzioni e rapporti con ESTAR procede alla predisposizione e stipula del contratto individuale con il professionista interessato. Il contratto individuale viene inviato per la sottoscrizione al vincitore della procedura | PO /SOSD Assunzioni e Rapporti con Estar e professionista | Art. 2222 e seguenti del Codice Civile Art. 7 e 8 del Regolamento aziendale | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Pubblicazione e trasparenza | Gli esiti della selezione vengono pubblicati sul sito nella stessa pagina dove era stato pubblicato il bando, la convocazione al colloquio e la relativa graduatoria finale. Trimestralmente vengono pubblicati anche su PERLAPA i nominativi di chi ha avuto l'incarico | SOSD Assunzioni e rapporti con ESTAR | | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (Atto negoziale e scheda Allegato A) |
| Area di rischio: | Attività libero professionale |
| Processi connessi: | |
| Codice: | RISUMA004 |
| DIR: | Arianna Tognini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento delle Risorse Umane |
| RESP: | <i>Da assegnare</i> |
| Struttura del RESP: | SOS Libera professione |
| Data di aggiornamento: | 31/12/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|--|---|--|---|
| <p>- Dirigenti medici, veterinari e sanitari non medici con rapporto di lavoro esclusivo dipendenti della AUSL TC (compresi i dirigenti in posizione di comando presso la AUSL TC e il personale universitario che svolge attività assistenziale presso la AUSL TC).</p> <p>- Specialisti ambulatoriali convenzionati interni.</p> <p>Sono esclusi dal processo in analisi i professionisti di altre aziende sia toscane che di altre regioni ed il supporto infermieristico</p> | <p>- Richieste di avvio/modifica attività LP Intramuraria ambulatoriale.</p> | <p>Il processo si occupa della gestione del percorso amministrativo finalizzato all'avvio ed alla modifica dell'attività libero professionale intramuraria resa nel regime ambulatoriale e di ricovero da parte dei professionisti della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria non medica, in qualità di personale dipendente della AUSL TC, (compresi i dirigenti in posizione di comando presso la AUSL TC e il personale universitario che svolge attività assistenziale presso la AUSL TC) – e dal personale specialista ambulatoriale convenzionato interno - al di fuori dell'orario di lavoro - in favore e su libera scelta dell'assistito con oneri a carico dello stesso. Il percorso di formalizzazione dell'avvio e delle modifiche avviene nel rispetto delle disposizioni di legge in materia e del Regolamento aziendale di libera professione intramuraria.</p> | <p>- Atto negoziale (contratto) e scheda allegato A (Dettagli sulle prestazioni, compensi/tariffe, sedi e orari)</p> <p>- Note dispositive/autorizzative</p> | <p>- Professionisti e responsabile della struttura di assegnazione</p> <p>- Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica</p> <p>- Dipartimento Professioni Tecniche Sanitarie</p> <p>- Direttori di presidio Ospedaliero e Direttori di presidio Territoriale</p> <p>- Staff Direzione Sanitaria</p> <p>- Dipartimento Decentramento</p> |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|--|-----------------------------------|--|--|---------------------|----|----|----|-------------------------------|----|----|----|---|--|--|--------------------|-----------------------------|--|--|
| RSUIMAA04 - Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (Atto negoziale e scheda Allegato A) - 31/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | | | | | | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Indicatore di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | | | | |
| 1 | Recepimento richiesta di avvio o modifica attività LP intramuraria ambulatoriale e/o ricovero e istruttoria | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale riceve la richiesta di avvio o modifica attività LP intramuraria ambulatoriale e/o ricovero dal dirigente medico interessato e provvede a: 1) accertare la situazione giuridica del richiedente (natura rapporto di lavoro esclusivo, impegno orario pieno, disciplina di inquadramento, verifica titoli nel caso di richiesta esercizio attività in disciplina diversa etc.); 2) verificare la presenza sul modulo della validazione del responsabile sovraordinato oppure del Direttore sovraordinato in caso di responsabili di struttura complessa; 3) verificare la presenza sul modulo della validazione in ordine alla disponibilità di spazi ed attrezzature del Direttore del presidio ospedaliero/territoriale; 4) controllare il rispetto delle fasce orarie di LP ambulatoriale richieste rispetto al volume orario massimo autorizzabile di tre mezza giornate a settimana (massimo 32 ore settimanali), come previsto nel Regolamento aziendale; 5) controllare il rispetto del nr di sedi di svolgimento della LP ambulatoriale richieste rispetto al nr massimo di tre sedi previste dalla normativa regionale e dal Regolamento aziendale. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Normativa nazionale e Regionale in materia; Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020; Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria". | Esiste il rischio che il richiedente rilasci dichiarazioni non corrette/non veritiere per ottenere un vantaggio | Manca di controlli formalizzati sulle dichiarazioni rilasciate | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché esiste una moderata probabilità che il professionista rilasci dichiarazioni mendaci e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio. | Definire una istruzione interna per effettuare: - La verifica della situazione giuridica dichiarata sul modulo, attraverso l'applicativo aziendale di gestione del personale dipendente, oppure tramite l'Area del personale convenzionato per gli Specialisti ambulatoriali convenzionati interni. - La verifica delle variazioni giuridiche del personale dipendente, sulla base del Flusso informativo fornito del settore Giuridico-Area amministrazione del personale. | X | | X | | | | | | | Definizione dell'istruzione operativa | Adozione dell'istruzione Operativa entro la scadenza | RESP | 28/02/2022 (MISURA ATTUATA) | | |
| 2 | Gestione di situazioni particolari e richiesta pareri | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale provvede inoltre: - in caso di discordanza tra parere del direttore di struttura sovraordinata, Direttore Presidio Ospedaliero/Diretto e volontà del professionista, a trasmettere la richiesta al Commissione paritetica della LP Intramuraria per le opportune valutazioni e ad acquisire la valutazione; - in caso di impedimenti, o criticità rilevate nella domanda del professionista, all'acquisizione di specifici pareri da parte dello Staff della Direzione Sanitaria e del Direttore di Dipartimento di riferimento, nonché a trasmettere l'istruttoria alla Commissione paritetica della LP Intramuraria e ad acquisire le valutazioni/pareri; - nel caso di richieste di esercizio della libera professione in disciplina diversa da quella di inquadramento, ad attivare l'iter istruttorio previsto dal Regolamento aziendale finalizzato all'autorizzazione fuori disciplina del professionista; - nel caso di richieste di esercizio della libera professione presso altra AUSL/ADU HT o fuori regione, ad attivare lo specifico iter istruttorio previsto dal Regolamento aziendale; - a trasmettere, per le attività di LP ambulatoriale, il modulo di avvio/modifica LP al dipartimento del decentramento, SOC CUP - Call Center. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Normativa nazionale e Regionale in materia; Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020; Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria". | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Acquisizione del parere endoprocedimentale della SOC CUP - Call Center | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale provvede ad acquisire il parere della SOC CUP - Call Center relativo alla: - verifica della tipologia e della compatibilità delle prestazioni ambulatoriali richieste in libera professione intramuraria in relazione anche alle attività istituzionali rese; - disponibilità di personale di supporto diretto (ove richiesto) da parte del Direttore del Dipartimento interessato. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Normativa nazionale e Regionale in materia; Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020; Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria". | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Acquisizione del parere del Direttore Staff Direzione Sanitaria e Direttore di Dipartimento interessato | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale provvede ad acquisire il parere del direttore del Dipartimento interessato e il Direttore dello Staff della Direzione Sanitaria con particolare riferimento: - alla tipologia delle prestazioni richieste in regime di libera professione intramuraria rispetto alla disciplina di esercizio della stessa ed alle prestazioni erogate in regime istituzionale; - alla individuazione degli spazi aziendali disponibili per la libera professione, in linea con la mappatura aziendale e con il criterio di separazione e distinzione rispetto alle attività istituzionali. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Normativa nazionale e Regionale in materia; Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020; Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria". | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Predisposizione Atto negoziale e scheda allegato A | La SOS Attività Libero Professionale predispone l'Atto negoziale (riplegativo di tutti i dati relativi allo svolgimento dell'attività quale integrazione del contratto individuale e la Scheda Allegato A relativa alle prestazioni ed alle relative tariffe, applicando i criteri di riparto previsti dal Regolamento aziendale; - al professionista richiedente l'atto negoziale per la formalizzazione dell'avvio all'attività libero professionale, i cui contenuti sono quelli previsti nel Regolamento aziendale. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Normativa nazionale e Regionale in materia, Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020; Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria". | Esiste il rischio che il richiedente abusi del proprio ruolo/funzione per ottenere un vantaggio personale | Manca di definizione e promozione dell'etica e di corretti standard di comportamento | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché esiste una moderata probabilità che il professionista abusi del proprio potere o funzioni e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio. | L'amministrativo verifica che nell'atto negoziale siano riportate, tra le altre, le previsioni relative alle norme di comportamento che prevedono che il professionista si impegni: - ad utilizzare i sistemi di prenotazione aziendali dedicati alla libera professione intramuraria per le prenotazioni; - a non percepire direttamente i compensi dagli utenti; - ad informare correttamente l'utenza sul costo complessivo della prestazione, e non solo sul compenso del professionista; - a tenere distinta l'attività libero professionale da quella istituzionale; - ad utilizzare apposito codice di rilevazione presenza per lo svolgimento dell'attività libero professionale. | | | X | | | | | | N° di atti negoziali con previsioni / N° di atti negoziali sottoscritti | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | | | |
| 6 | Sottoscrizione atto negoziale e scheda allegato A | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale provvede ad accettare l'accettazione da parte del richiedente della proposta aziendale contenuta nell'atto negoziale, mediante sottoscrizione effettuata entro trenta giorni dal ricevimento. In caso di sottoscrizione fuori termine, la richiesta è soggetta ad ulteriore verifica per accertare il permanere dei presupposti logistici ed organizzativi inerenti all'attività. L'atto negoziale si perfeziona acquisendo la sottoscrizione da parte del Direttore Generale o suo delegato. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale Professionista Direttore Generale (o suo delegato) | Normativa nazionale e Regionale in materia, Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020; Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria". | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Disposizione di avvio o modifica del contratto in essere | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale predispone una nota di comunicazione, con allegato l'atto negoziale e la scheda allegato A), relativa allo svolgimento dell'attività del professionista e la invia: - al professionista interessato; - al responsabile della struttura di riferimento; - al Direttore Sanitario del Presidio ospedaliero / Responsabile Presidio Territoriale in interesse; - al Direttore del Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica/Dipartimento delle Professioni Tecniche Sanitarie, se interessati; - al Direttore SOC CUP - Call center; - alla segreteria libera professione dedicata, territorialmente competente. La procedura aziendale adottata PS.AG.01 prevede l'inserimento sulla nota di comunicazione avvio/modifica attività LP del link per la visualizzazione del Regolamento aziendale delle libera professione intramuraria. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Normativa nazionale e Regionale in materia, Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020; Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria". | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Assegnazione criterio ripartizione tariffe su CUP accettore | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale associa, sul sistema CUP accettore Onit, i criteri di ripartizione delle tariffe LP AP alle singole prestazioni indicate nella Scheda Allegato A) all'atto negoziale che sono state caricate a sistema dalla SOC CUP Call Center. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Normativa nazionale e Regionale in materia, Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020; Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria". | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Controlli e monitoraggio periodici | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale: - accerta la situazione giuridica del richiedente in fase di avvio o modifica attività (natura rapporto di lavoro esclusivo, impegno orario pieno, disciplina di inquadramento, verifica titoli nel caso di richiesta esercizio attività in disciplina diversa etc.); - estrae con cadenza annuale dal sistema di prenotazione aziendale il dato relativo all'occupazione degli spazi destinati alla libera professione ambulatoriale e lo trasmette alla Direzione Aziendale; - Riceve dai SIATCI i risultati dei controlli periodici effettuati per verificare le incompatibilità specifiche concessione intramuraria professione intramuraria della dirigenza e del personale di supporto, per le eventuali azioni di competenza | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Normativa nazionale e Regionale in materia, Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020; Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria". | Esiste il rischio che il richiedente svolga l'attività anche in assenza dei requisiti (p.e. svolgimento di attività di libera professione intramuraria a seguito del passaggio a rapporto di lavoro non esclusivo oppure ad impegno orario ridotto, oppure a seguito di aspettativa e cessazione dal servizio). | Manca di controlli formalizzati | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché esiste una moderata probabilità che il professionista abusi del proprio potere o funzioni e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio. | Definire una istruzione interna per definire i controlli ed i monitoraggi periodici. In particolare su come: - effettuare la verifica mensile delle variazioni giuridiche del personale dipendente, sulla base del flusso informativo fornito del settore Giuridico-Area amministrazione del personale, che hanno un impatto sui requisiti indispensabili per esercitare la libera professione intramuraria (p.e. passaggio da rapporto di lavoro esclusivo a rapporto di lavoro non esclusivo, passaggio da orario pieno ad orario ridotto, aspettative oppure cessazione dal servizio). | X | | X | | | | | | Definizione dell'istruzione operativa | Adozione dell'istruzione Operativa entro la scadenza | RESP | 28/02/22 | | | |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|---|------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--|---------------------------------|---------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| RISUMAD04 - Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (Atto negoziale e scheda Allegato A) - 31/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifica di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 10 | Aggiornamento sistema CUP aziendale | La SOS Attività libero professionale riceve dalla SOC CUP – Call center una email di conferma dell'avervenuto inserimento/aggiornamento del sistema aziendale CUP aziendale effettuato sulla base della nota dispositiva di avvio/modifica delle attività libero professionali ambulatoriali. La SOS Attività libero professionale archivia la documentazione istruttoria e definitiva della pratica, sia in forma cartacea che pdf nella apposita cartella argomento comune di struttura. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Normativa nazionale e Regionale in materia. Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020. Procedura PS.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria" | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Rilevazione e liquidazione compensi attività LP intramuraria ambulatoriale (compresa LP domiciliare / fuori regione / veterinari studi privati) |
| Area di rischio: | Attività libero professionale |
| Processi connessi: | |
| Codice: | RISUMA005 |
| DIR: | Arianna Tognini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento delle Risorse Umane |
| RESP: | <i>Da assegnare</i> |
| Struttura del RESP: | SOS Libera professione |
| Data di aggiornamento: | 01/10/2021 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|---|---|---|---|--|
| - Sistema di prenotazione CUP accettatore ONIT | Prenotazioni/accettazioni prestazioni su sistema di prenotazione aziendale CUP Onit | Il processo riguarda: -la rilevazione mensile dei compensi spettanti ai dirigenti che hanno svolto prestazioni di LP Ambulatoriale (compresa LP domiciliare / fuori regione / veterinari studi privati) attraverso il sistema di prenotazione CUP 2.0 / CUP Onit accettatore, al fine della gestione della liquidazione dei compensi. - la rilevazione e la liquidazione dei compensi spettanti al personale di supporto diretto alle prestazioni rese in LP ambulatoriale | - flusso dati parcheggio buste paga - comunicazione alla SOC MMG e continuità assistenziale - comunicazione alla UNIFI - comunicazione alle aziende di appartenenza per gli Ospiti | - Professionisti che esercitano la LP intramuraria ambulatoriale - Personale sanitario del comparto che svolge attività di supporto diretto alla LP intramuraria ed area a pagamento ambulatoriale - ESTAR - SOC MMG e continuità assistenziale - UNIFI - Altre Aziende |

| 2 – ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| RISUMA005 - Rilevazione e liquidazione compensi attività LP intramuraria ambulatoriale (compresa LP domiciliare / fuori regione / veterinari studi privati) - 01/10/2021 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 – Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 – Trattamento del rischio | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 1 | Generazione ed elaborazione dati periodici di attività | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale genera, con cadenza mensile, sull'applicativo aziendale CUP accettore ONIT, le prestazioni di libera professione intramuraria ambulatoriale (compresa la LP domiciliare, la LP resa fuori regione e la LP dei veterinari resa presso studi privati). La generazione dati si riferisce alle prestazioni erogate, contabilizzate e incassate nel mese precedente. Effettuata la generazione, sulla base della stessa, il personale della SOS elabora sul sistema CUP ONIT ed esporta su excel tre diversi report: - 1) report "visualizzazione conteggi" - 2) report "visualizzazione ruoli del personale" - 3) report "visualizzazione controlli" | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Controllo elaborazione dati periodici di attività | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale: - riscontra e controlla gli errori rilevati ed inviati automaticamente dal sistema CUP ONIT a seguito della generazione dati; - controlla i dati contenuti nei tre report generati dalla elaborazione, con particolare riferimento: report 1) ai valori economici parziali rispetto ai totali, alla presenza di eventuali dati anomali (es valori "vuoti" o negativi), report 2) alla corrispondenza per singolo professionista della corretta associazione della voce stipendiale rispetto alla tipologia di attività resa, alla presenza dei codici stipendiali e matricola, report 3) controllo relativo alla corretta ripartizione dei campi elaborati. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Correzione errori e rigenerazione dati mensili e rielaborazione report attività | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale segnala alla ditta del sistema CUP accettore ONIT gli errori/anomalie riscontrate al fine della loro correzione per procedere ad una nuova generazione mensile dati e ad una nuova elaborazione dei tre report. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Individuazione tipologie di professionisti e suddivisione dati | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale individua ed estrapola dal report 2 i dati delle attività rese da parte delle seguenti tipologie di professionisti: - specialisti ambulatoriali convenzionati, per la trasmissione con lettera alla SOC MMG e continuità assistenziale alla quale compete la gestione ed elaborazione delle buste paga degli specialisti ambulatoriali convenzionati; - universitari, per la comunicazione alla UNIFI alla quale compete la gestione ed elaborazione delle buste paga del personale universitario; - personale dipendente di altre AUSL AOU della Regione Toscana (ospiti), per la comunicazione alle aziende di appartenenza alle quali compete la gestione ed elaborazione delle buste paga del loro personale dipendente; - personale del comparto supporto diretto, ai fini dell'invio al Dip.to di assegnazione e della acquisizione della loro validazione dati. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Procedura passaggio dati stipendiali del personale dipendente | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale attiva la procedura di passaggio del dato generato relativo ai compensi spettanti al solo personale dipendente (dirigenti e comparto) dal sistema cup ONIT allo specifico parcheggio dedicato alla libera professione (denominato LPWS) su applicativo aziendale di gestione delle buste paga. Il personale della struttura SOS Attività libero professionale controlla che il totale dei compensi (distinti per voce stipendiale) generato e transitato sull'applicativo paghe, corrisponda ai dati elaborati e risultanti nel report 2) "visualizzazione ruoli del personale". | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 | Esiste il rischio che l'amministrativo possa alterare manualmente il dato per favorire un professionista (Conflitto di interessi) | Conflitto di interessi | Basso | Il livello di esposizione al rischio è stato valutato basso perché è stata ritenuta bassa la probabilità che l'amministrativo possa individualmente forzare il sistema senza che questo venga rilevato, stante: - l'acquisizione automatica dei dati stipendiali da CUP a Parcheggio ESTAR - i controlli incrociati effettuati tra i colleghi della SOS, la Posizione Organizzativa del settore ed i referenti ESTAR. | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Estrazione e controllo dati applicativo paghe | Il dato passato sul parcheggio dell'applicativo paghe viene estratto su file excel per controlli di corrispondenza relativamente al totale generale ed al totale singole voci stipendiali. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Avvio, modifica e rendicontazione della Libera Professione Intramuraria resa in qualità specialista in medicina del lavoro o "medico competente", ai sensi del D.Lgs. 81/2008 |
| Area di rischio: | Attività libero professionale |
| Processi connessi: | |
| Codice: | RISUMA006 |
| DIR: | Arianna Tognini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento delle Risorse Umane |
| RESP: | <i>Da assegnare</i> |
| Struttura del RESP: | SOS Libera professione |
| Data di aggiornamento: | 31/12/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|---|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Medici specialisti in medicina del lavoro o medicina legale o igiene epidemiologia e sanità pubblica; - Soggetti privati; - Direttore Sanitario. | <ul style="list-style-type: none"> - Richiesta del medico di poter attivare la libera professione intramuraria in qualità di "medico competente"; - nota di nomina di Medico Competente e accettazione della stessa da parte del professionista; - parere esercizio della libera professione intramuraria; - modulo attestazione erogazione prestazioni rese in libera professione individuale in qualità di medico competente. | <p>Il processo riguarda:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la richiesta del medico di poter svolgere la libera professione intramuraria in qualità di "medico competente"; - la nomina da parte dei soggetti privati e l'accettazione della stessa da parte del medico; - la gestione della rendicontazione delle attività rese ai fini della fatturazione e della liquidazione dei compensi spettanti ai professionisti. | <ul style="list-style-type: none"> - Atto negoziale (contratto) e scheda All. A (Dettagli sulle prestazioni, compensi, tariffe, sedi e orari); - Note dispositive/autorizzative; - Note richiesta emissione fatturazione; - Note di liquidazione compensi spettanti. | <ul style="list-style-type: none"> - Professionisti (Medico competente) e responsabile della struttura di assegnazione; - Direttore Sanitario; - Direttori di presidi territoriali. |

| 2 – ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|-----------------------------------|---|--|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|---|--|--|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| RISUMAO06 - Avvio, modifica e rendicontazione della Libera Professione Intramuraria resa in qualità specialista in medicina del lavoro o "medico competente", ai sensi del D.Lgs. 81/2008 - 31/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | 2.2 – Valutazione dei rischi | | | | | | 2.3 – Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | | | | |
| 1 | Recepimento richiesta di avvio quale medico competente | Il personale della SOS Attività libero professionale riceve la richiesta di avvio per l'attività libero professionale intramuraria come medico competente dal dirigente interessato e provvede a: 1) accertare la situazione giuridica del richiedente (natura di rapporto esclusivo, impegno orario pieno, disciplina di inquadramento (medicina del lavoro, medicina legale o igiene epidemiologia e sanità pubblica) e valutare le eventuali incompatibilità e conseguenti inapplicabilità del processo; 2) accertare l'iscrizione nell'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D.Lgs. 81/2008; 3) verificare la presenza sulla richiesta di avvio della validazione del Responsabile sovraordinato oppure del Direttore sovraordinato in caso di dirigente di responsabile di struttura complessa; 4) verificare la presenza sulla richiesta di avvio della validazione della Direzione Sanitaria; 5) verificare la presenza della validazione del Direttore di presidio aziendale di interesse solo nel caso di attività resa presso gli spazi aziendali; 6) controllare il rispetto delle fasce orarie di LP ambulatoriale richieste rispetto al volume orario massimo autorizzabile (massimo 12 ore settimanali in media) come previsto dal regolamento aziendale. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Dlgs 81 del 09/04/2008 e smi Normativa nazionale e Regionale in materia di libera professione intramuraria Regolamento aziendale di cui alla delibera 566 del 07/05/2020 Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del D.Lgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative" | Esiste il rischio che il richiedente rilasci dichiarazioni non corrette/non veritiere per ottenere un vantaggio personale | Mancanza di controlli formalizzati sulle dichiarazioni rilasciate | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché esiste una moderata probabilità che il professionista rilasci dichiarazioni mendaci e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio. | Definire una istruzione interna per effettuare: - La verifica della situazione giuridica dichiarata sul modulo, attraverso l'applicativo aziendale di gestione del personale dipendente, oppure tramite l'Area del personale convenzionato per gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni. - La verifica dell'iscrizione all'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D.Lgs. 81/2008; - La verifica delle variazioni giuridiche del personale dipendente, sulla base del flusso informativo fornito dal settore Giuridico-Area Amministrazione del personale. | X | | X | | | | | | | Definizione dell'istruzione operativa | Adozione dell'istruzione Operativa entro la scadenza | RESP | 28/02/2022 (MISURA ATTUATA) | | |
| 2 | Predisposizione e sottoscrizione Atto Negoziale e scheda Allegato A) | La SOS Attività Libero Professionale predisponde l'Atto negoziale riepilogativo di tutti i dati relativi allo svolgimento dell'attività quale integrazione del contratto individuale e la Scheda Allegato A relativa alle prestazioni ed alle relative tariffe, applicando i criteri di riparto previsti dal Regolamento aziendale. Il personale della struttura SOS Attività libero professionale provvede ad acquisire l'accettazione da parte del richiedente della proposta aziendale contenuta nell'atto negoziale, mediante sottoscrizione effettuata entro trenta giorni dal ricevimento. In caso di sottoscrizione fuori termine, la richiesta è soggetta ad ulteriore verifica per accertare il permanere dei presupposti logistici ed organizzativi inerenti all'attività. L'atto negoziale si perfeziona acquisendo la sottoscrizione da parte del Direttore Generale o suo delegato. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale Professionista Direttore Generale (o suo delegato) | Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del D.Lgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative" | Esiste il rischio che il richiedente abusi del proprio ruolo/funzione per ottenere un vantaggio personale | Mancanza di definizione e promozione dell'etica e di corretti standard di comportamento | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché esiste una moderata probabilità che il professionista abusi del proprio potere o funzioni e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio. | L'amministrativo verifica che nell'atto negoziale sono riportate, tra le altre, le previsioni relative alle norme di comportamento che prevedono che il professionista si impegni: - ad utilizzare i sistemi di prenotazione aziendali dedicati alla libera professione intramuraria per le prenotazioni; - a non percepire direttamente i compensi dagli utenti; - ad informare correttamente l'utenza sul costo complessivo della prestazione, e non solo sul compenso del professionista; - a tenere distinta l'attività libero professionale da quella istituzionale; - ad utilizzare apposito codice di rilevazione presenza per lo svolgimento dell'attività libero professionale. | | | X | | | | | | N° di atti negoziali con previsioni / N° di atti negoziali sottoscritti | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | | | |
| 3 | Disposizione di avvio attività come medico competente | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale predisponde una nota di comunicazione, con allegato (atto negoziale e la scheda allegato A), relativa allo svolgimento dell'attività del professionista e la invia: - al professionista interessato; - al responsabile della struttura di riferimento; - al Responsabile Presidio Territoriale in interesse. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del D.Lgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative" | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Recepimento richiesta di nomina quale medico competente da parte di soggetti privati | Il personale della SOS Attività libero professionale riceve la richiesta di nomina come medico competente dal legale rappresentante della ditta e provvede a: 1) accertare l'eventuale incompatibilità relativa al codice attività della ditta medesima pena improcedibilità della nomina 2) verificare l'accettazione della nomina da parte del medico competente nominato dalla ditta; 3) inviare la modulistica alla Direzione Sanitaria per l'acquisizione del previsto parere in merito alla nomina; 4) pervenuto il parere favorevole della Direzione Sanitaria, a trasmettere per PEC alla ditta la nota di nomina del medico competente. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del D.Lgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative" | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Controlli e monitoraggi periodici | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale: -accerta la situazione giuridica del richiedente in fase di avvio o modifica attività (natura rapporto di lavoro esclusivo, impegno orario pieno, disciplina di inquadramento, etc.); - estrae con cadenza annuale dal sistema di prenotazione aziendale il dato relativo alla occupazione degli spazi destinati alla libera professione ambulatoriale (se presenti) e lo trasmette alla Direzione Aziendale. -accerta il permanere dell'iscrizione all'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D. Lgs. 81/2008; -Riceve dal SIATC i risultati dei controlli periodici effettuati per verificare le incompatibilità specifiche concernenti la libera professione intramuraria della dirigenza e del personale di supporto, per le eventuali azioni di competenza | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Normativa nazionale e Regionale in materia, regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020. Procedura P.S.AG.01 di "Gestione dell'avvio e della modifica della attività libero professionale intramuraria" | Esiste il rischio che il richiedente svolga l'attività anche in assenza dei requisiti o in violazione del contratto (p.e. svolgimento di attività di libera professione intramuraria a seguito del passaggio a rapporto di lavoro non esclusivo oppure ad impegno orario ridotto, oppure a seguito di aspettativa o cessazione dal servizio) | Mancanza di controlli formalizzati | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché esiste una moderata probabilità che il professionista abusi del proprio potere o funzioni e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio. | Definire una istruzione interna per definire i controlli ed i monitoraggi periodici. In particolare su come: -effettuare la verifica mensile delle variazioni giuridiche del personale dipendente, sulla base del flusso informativo fornito dal settore Giuridico-Area Amministrazione del personale, che hanno un impatto sui requisiti indispensabili per esercitare la libera professione intramuraria (p.e. passaggio da rapporto di lavoro esclusivo a rapporto di lavoro non esclusivo, passaggio da orario pieno ad orario ridotto, aspettative oppure cessazione dal servizio). -effettuare un controllo annuale sul permanere dell'iscrizione all'elenco nazionale dei medici competenti istituito presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D.Lgs. 81/2008. | X | | | X | | | | | Definizione dell'istruzione operativa | Adozione dell'istruzione Operativa entro la scadenza | RESP | 28/02/2022 (MISURA ATTUATA) | | | |
| 6 | Rendicontazione | Il personale della SOS Attività libero professionale riceve con cadenza mensile i report delle attività rese da parte del medico competente presso le ditte per le quali è pervenuta la nomina. I report sono sottoscritti da parte del medico competente e dal legale rappresentante della ditta interessata. La SOS Attività libero professionale e provvede a: 1) rendicontare attività rese (numero prestazioni e relative tariffe); 2) inviare alla SOC Bilancio la richiesta di emissione Fattura attiva alla ditta per le prestazioni rese dal medico competente nel periodo in interesse; 3) verificare l'incasso fatture emesse tramite la SOC Bilancio. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale e SOC Bilancio | Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del D.Lgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative" | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Procedura inserimento dati stipendiali del personale dipendente | Il personale della struttura SOS Attività libero professionale, provvede ad implementare lo specifico parcheggio stipendiale dedicato alla libera professione con i compensi spettanti ai fini della liquidazione degli stessi in busta paga. Il personale della struttura SOS Attività libero professionale controlla che il totale dei compensi caricati sull'applicativo paghe, corrisponda ai dati rendicontati. | Personale assegnato SOS Attività libero professionale | Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 | Esiste il rischio che l'amministrativo possa alterare manualmente il dato per favorire un professionista (Conflitto di interessi) | Conflitto di interessi | Basso | Il livello di esposizione al rischio è stato valutato basso perché è stata ritenuta bassa la probabilità che l'amministrativo possa individualmente forzare il sistema senza che questo venga rilevato, stante: - l'acquisizione automatica dei dati stipendiali da CUP a Parcheggio ESTAR - i controlli incrociati effettuati tra i colleghi della SOS, la Posizione Organizzativa del settore ed i referenti ESTAR. | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Conferimento incarichi ex art. 15 septies c.1 e c.2 D.Lgs 502/92 |
| Area di rischio: | Incarichi e nomine |
| Processi connessi: | |
| Codice: | RISUMA007 |
| DIR: | Arianna Tognini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Risorse umane |
| RESP: | Occhiolini Ginevra |
| Struttura del RESP: | SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR |
| Data di aggiornamento: | 14/02/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clients |
|--------------------|---|---|------------------------------|--|
| Direttore Generale | Richiesta conferimento incarico ex 15 septies D.Lgs. 502/92 | Il processo gestisce le attività amministrative aziendali per il conferimento degli incarichi ex art. 15 septies c.1 e c.2 del D.Lgs 502/92 | Delibera di nomina Contratto | Direttore Generale Incaricato Direttore del dipartimento richiedente |

| 2 – ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| RISUMA007 - Conferimento incarichi ex art. 15 septies c.1 e c.2 D.Lgs 502/92 - 14/02/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 – Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 – Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | |
| 1 | Richiesta conferimento incarico ex 15 septies D.Lgs. 502/92 | Il Direttore generale inoltra alla SOSD Assunzioni e rapporti con Estar la richiesta redatta dal Direttore del Dipartimento interessato all'avvio della procedura per il conferimento di un incarico ex 15 septies D.Lgs. 502/92, nella quale sono indicati i requisiti generali: a) Missioni della struttura; b) Obiettivi specifici; c) Risultati attesi; d) Requisiti specifici di partecipazione (indicando fra l'altro i titoli preferenziali). | Personale SOSD Assunzioni e rapporti con Estar | D.Lgs. 502/92 Regolamento ESTAR per lo svolgimento di procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale per le Az. Sanitarie e gli enti del SS della RT (delibera DG ESTAR n. 549 del 2/11/2021) | La richiesta potrebbe contenere requisiti o generici o troppo dettagliati tali da pregiudicare all'origine il processo per favorire un candidato. | Conflitto di interessi | Basso | Il rischio è stato valutato basso perché si utilizzano bandi standard di ESTAR. Inoltre è previsto un controllo esterno da parte di ESTAR sulla richiesta, essendo l'Ente che emette l'avviso. | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Verifica del rispetto dei limiti percentuali previsti dalla normativa per i commi 1 e 2 | Il personale della SOSD verifica che l'assunzione richiesta non superi il limite previsto dal D.Lgs 502/92 per l'attribuzione di incarichi ex 15 septies | Personale SOSD Assunzioni e rapporti con Estar | D.Lgs. 502/92 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Predisposizione delibera D.G. | Sulla base dei requisiti indicati dal Direttore di Dipartimento viene predisposta la delibera per l'attivazione della procedura selettiva 15 septies co 1-2. | Personale SOSD Assunzioni e rapporti con Estar | D.Lgs. 502/92 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Invio richiesta dell'attivazione procedura a Estar | Il personale della SOSD acquisisce e invia la nota di richiesta del D.G AUSLTC al D.G. di Estar perché venga attivata la procedura selettiva 15 septies co. 1-2. | Personale SOSD Assunzioni e rapporti con Estar | D.Lgs. 502/92 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Presa d'atto degli esiti | La procedura di selezione è gestita da Estar che emette il bando e nomina la Commissione. Estar trasmette al Dipartimento Risorse Umane i verbali della selezione e l'elenco degli idonei. La SOSD Assunzioni e Rapporti con Estar trasmette il tutto al Direttore Generale che, tra gli idonei, individua il candidato al quale conferire l'incarico. | Personale SOSD Assunzioni e rapporti con Estar | D.Lgs. 502/92 Regolamento ESTAR per lo svolgimento di procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale per le Az. Sanitarie e gli enti del SS della RT (delibera DG ESTAR n. 549 del 2/11/2021) | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Stipula del contratto | Il personale della SOSD, preso atto della decisione del D.G., predisporre la delibera di nomina del candidato prescelto e, una volta adottata, provvede alla stipula del contratto di lavoro e trasmette la delibera inerente ad ESTAR perché venga pubblicato l'esito della procedura | Personale SOSD Assunzioni e rapporti con Estar | D.Lgs. 502/92 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Ricezione, controllo e liquidazione delle Distinte Riepilogative Contabili (DCR) emesse dalle farmacie convenzionate |
| Area di rischio: | Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni |
| Processi connessi: | FARMAC001 |
| Codice: | STAFDA001 |
| DIR: | Leonardo Pasquini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa |
| RESP: | Carla Ciampalini |
| Struttura del RESP: | SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica |
| Data di aggiornamento: | 13/10/2022 |

Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clients |
|---|---|--|---|--|
| - Farmacie territoriali convenzionate - Ditta aggiudicataria del servizio di controllo tecnico contabile tramite lettura ottica delle prescrizioni farmaceutiche | Documento contabile riepilogativo (DCR), note DPC e relative ricette farmaceutiche SSN spedite nel mese di competenza | Ricezione, controllo e liquidazione delle DCR (Distinte Contabili Riepilogative) presentate per il pagamento delle competenze mensili spettanti alle farmacie territoriali convenzionate | Ordine di liquidazione delle competenze spettanti alle farmacie convenzionate | - Farmacie territoriali convenzionate - SOC Fornitori |

| ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|------------------------------------|--|---|-----------------------------------|--|--|---------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|--|---|----------|--------------------------------|
| STAFDA001 - Ricezione, controllo e liquidazione delle Distinte Riepilogative Contabili (DCR) emesse dalle farmacie convenzionate - 13/10/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descrizione delle attività | | | | | Valutazione dei rischi | | | | Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | | CI |
| 1 | Ricevimento ricette e documento contabile | La consegna delle ricette e dei documenti contabili da parte delle farmacie territoriali convenzionate avviene seguendo due canali differenti: 1) Il 55% circa delle farmacie consegna, entro il 10 del mese successivo a quello di competenza, le distinte riepilogative contabili (DCR), le note relative alla DPC (contenente n° ricette, n° di prezzi consegnati nel mese) e le relative ricette da liquidare, direttamente alla ditta aggiudicataria del servizio di controllo tecnico contabile tramite lettura ottica delle prescrizioni farmaceutiche. Le Farmacie inviano tramite PEC la DCR e la nota DPC alla SOS Farmaceutica convenzionata, previa ricezione da parte del personale amministrativo addetto della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica. 2) Il restante 35% circa delle farmacie consegna, entro il 10 del mese successivo a quello di competenza, le distinte riepilogative contabili (DCR), le note relative alla DPC e le relative ricette da liquidare, alla SOS Farmaceutica convenzionata previa ricezione da parte della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica. I dati delle DCR e delle note DPC sono inseriti dal personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica direttamente nel gestionale della suddetta ditta. La DCR, le note DPC e le ricette vengono ritirate entro il 20 di ogni mese dalla ditta. I termini sono previsti dalla convenzione nazionale e dall'accordo regionale (DPR n. 371/98 e DGR 1488 del 1999). | Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica | DPR n. 371/98 DGR 1488 del 1999 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Verifica dei dati | Il personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica, di norma entro la metà del mese, controlla che tutti i dati delle DCR e delle note DPC, corrispondano a quanto inserito nel gestionale della ditta, tenuto conto anche dei risultati della lettura ottica dei mesi precedenti e degli eventuali addebiti che sono stati definiti dalla Commissione farmaceutica aziendale e dal Collegio Tecnico e trasmessi dalla segreteria. Nel caso si riscontrino difformità, contatta la Farmacia interessata al fine di correggere la DCR/note DPC o, per difformità che riguardano accrediti o addebiti, procede alla correzione d'ufficio sul gestionale della ditta che effettua la lettura ottica e sulla DCR/note DPC. | Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica | DPR n. 371/98 DGR 1488 del 1999 | Esiste il rischio che la ditta incaricata della lettura ottica falsi i controlli per favorire/sfavore una o più farmacie | Mancanza di controllo diretto, da parte dell'Azienda, sulle ricette non segnalate come anomale dalla lettura ottica | Medio | Il livello di rischio è stato valutato medio perché esiste una media probabilità che l'evento corruttivo si verifichi per la carenza di controlli e l'impatto economico e reputazionale può essere considerato medio | Approvazione di una istruzione operativa che definisca le modalità con cui effettuare i controlli a campione sulle ricette non segnalate come anomale dalla lettura ottica con la partecipazione di un farmacista della SOS Farmaceutica Convenzionata | X | | | X | | | | | Approvazione di una istruzione operativa che definisca le modalità con cui effettuare i controlli a campione sulle ricette non segnalate come anomale dalla lettura ottica (SI/NO) | SI | RESP | 30/06/2022 (MISURA ATTUATA) |
| 3 | Verifica delle inadempienze | Sulla base dei dati di pagamento calcolati dal gestionale, il personale amministrativo entro la terza settimana del mese procede ai fini della liquidazione per importi uguali o superiori ai 5.000 euro alla verifica on line di eventuali inadempienze da parte delle singole farmacie presso l'Agenzia delle Entrate. | Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica | Art. 48 bis del DPR 602/1973 | Esiste il rischio che venga omessa la verifica | Conflitto di interessi | Basso | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Liquidazione | Il personale amministrativo entro il giorno 23 del mese predispone l'ordine di liquidazione delle spettanze su CEPAS tenuto conto degli esiti dell'interrogazione fatta all'Agenzia delle Entrate (eventuali decurtazioni dovute ad inadempimenti) e/o di eventuali notifiche di pignoramento presso terzi. Inoltre, lo stesso personale amministrativo, invia un file contenente tutti i dati necessari per la liquidazione alla SOC Fornitori insieme ad altra documentazione correlata. La SOC Fornitori provvede poi ad emettere il mandato di pagamento. | Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica | DPR n. 371/98 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |

DESCRIZIONE DEL PROCESSO**Dati generali**

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Elaborazione e monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) |
| Area di rischio: | Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio |
| Processi connessi: | STAFDA003, STAFDA004, STAFDA005, STAFDA006, STAFDA007 |
| Codice: | STAFDA002 |
| DIR: | Leonardo Pasquini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa |
| RESP: | a.i. Leonardo Pasquini |
| Struttura del RESP: | SOS Anticorruzione e Trasparenza |
| Data di aggiornamento: | 23/02/2022 |

Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|----------------------------|--|--|--|-------------------------|
| ANAC DIR RESP UPD | PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC Analisi dei processi aziendali Esiti del monitoraggio | Il processo si occupa dell'elaborazione e del monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) | Pubblicazione del PTPCT entro il termine stabilito da ANAC. Inserimento dei dati del PTPCT sul portale ANAC Relazione annuale del RPCT | Chiunque ANAC OIV |

| ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| STAFDA002 - Elaborazione e monitoraggio del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) - 23/02/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descrizione delle attività | | | | | Valutazione dei rischi | | | | | Trattamento del rischio | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicators | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 1 | Elaborazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della trasparenza (PTPCT) | Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) elabora la bozza di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) sulla base: - della normativa e delle Linee guida ANAC; - dell'analisi del contesto territoriale nel quale opera l'Azienda; - dell'analisi del contesto interno; - degli esiti del monitoraggio delle misure anticorruzione precedentemente previste. | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza | Normativa anticorruzione PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC | Omessa predisposizione di adeguate misure di prevenzione | Conflitto di interessi | Basso | Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Consultazione Direzione Aziendale | Il RPCT sottopone la bozza di PTPCT alla Direzione Aziendale e, eventualmente, aggiorna la bozza in base alle indicazioni ricevute. | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) | Normativa anticorruzione PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Publicazione per consultazione sul sito intranet ed internet aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" | Il PTPCT, insieme ai suoi allegati, viene pubblicato per la consultazione sul sito intranet e su quello internet nella sezione "Amministrazione Trasparente". Il RPCT raccoglie le eventuali osservazioni pervenute e le valuta per un eventuale aggiornamento del Piano. | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza | Normativa anticorruzione PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Adozione del PTPCT | Al termine del periodo di consultazione il RPCT predispone la delibera di adozione da sottoporre al D.G. Dopo l'approvazione del D.G. il Piano e gli allegati sono pubblicati sul sito internet nella sezione "Amministrazione Trasparente". | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza | Normativa anticorruzione PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Monitoraggio sull'attuazione del piano | Il personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza effettua il monitoraggio di Il livello sull'attuazione delle misure generali e specifiche descritte nel PTPCT chiedendo eventualmente riscontro dei dati alle competenti strutture aziendali. I risultati del monitoraggio sono riportati nella relazione annuale del RPCT. | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza | Normativa anticorruzione PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC | Omesso monitoraggio incompleto delle misure anticorruzione previste | Conflitto di interessi | Basso | Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale | | | | | | | | | | | | |

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Gestione delle segnalazioni dei whistleblower |
| Area di rischio: | Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio |
| Processi connessi: | |
| Codice: | STAFDA003 |
| DIR: | Leonardo Pasquini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa |
| RESP: | a.i. Leonardo Pasquini |
| Struttura del RESP: | SOS Anticorruzione e Trasparenza |
| Data di aggiornamento: | 23/02/2022 |

Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clients |
|--|--------------------------------|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Dipendenti a tempo determinato o indeterminato dell'Azienda - Dipendenti di altre amministrazioni pubbliche che prestano servizio presso l'Azienda in posizione di comando, distacco o situazioni analoghe - Lavoratori e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda | Segnalazione inviata a il RPCT | Il processo si occupa della gestione delle segnalazioni inviate dai whistleblower al RPTC | <ul style="list-style-type: none"> - Comunicazione dell'esito dell'istruttoria - Archiviazione | <ul style="list-style-type: none"> - Segnalante - Autorità giudiziaria - Autorità contabile - Dipartimento della Funzione Pubblica - Ufficio procedimenti disciplinari - Servizio ispettivo aziendale - Altri soggetti di competenza |

| ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|---------------------|--|--|------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| STAFDA003 - Gestione delle segnalazioni dei whistleblower - 23/02/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descrizione delle attività | | | | | Valutazione dei rischi | | | | | Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | |
| 1 | Ricezione della segnalazione | La segnalazione può essere inviata al RPCT tramite posta elettronica, posta tradizionale o di persona anche usando l'apposita modulistica. La segnalazione viene protocollata su un apposito registro dedicato. E' in fase di predisposizione la piattaforma informatica per la gestione delle segnalazioni. | RPCT | Regolamento UE 2016 n. 62 e s.m.i. Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1695/2021 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Esame preliminare della segnalazione | Il RPCT valuta se la segnalazione abbia i requisiti e le caratteristiche necessarie per essere gestita come una segnalazione di whistleblowing. Se necessario chiede integrazioni al segnalante. Diversamente procede con l'archiviazione dandone comunicazione al segnalante. Il RPCT valuta se assegnare la pratica ad un istruttore. | RPCT | Regolamento UE 2016 n. 62 e s.m.i. Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1695/2021 | Possibile conflitto di interesse in capo al RPCT rispetto al contenuto della segnalazione | Conflitto di interessi | Basso | Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Istruttoria della segnalazione | Il RPCT/istruttore effettua una prima verifica sulla sussistenza dei fatti segnalati e analizza tutti gli elementi necessari. Eventualmente richiede notizie, informazioni, atti o documenti ad altre strutture e/o uffici aziendali. Richiede eventualmente ulteriori chiarimenti al segnalante e/o ad altri soggetti coinvolti nella segnalazione. | RPCT e/o istruttore | Regolamento UE 2016 n. 62 e s.m.i. Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1695/2021 | Possibile conflitto di interesse in capo al RPCT/istruttore rispetto al contenuto della segnalazione | Conflitto di interessi | Basso | Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Invio ad altri Enti e/o Uffici | Il RPCT, qualora sulla base dell'istruttoria ravveda elementi di fondatezza della segnalazione, la trasmette, secondo le diverse competenze, all'Autorità giudiziaria e/o contabile, al Dipartimento della Funzione Pubblica, al Servizio ispettivo aziendale, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari o ad altri soggetti competenti, sempre nel rispetto dell'identità del segnalante. | RPCT | Regolamento UE 2016 n. 62 e s.m.i. Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1695/2021 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Archiviazione | Qualora, invece, il RPCT ravvisi elementi di manifesta infondatezza della segnalazione, può archiviarla dandone comunicazione al segnalante. | RPCT | Regolamento UE 2016 n. 62 e s.m.i. Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1695/2021 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Accesso civico semplice |
| Area di rischio: | Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio |
| Processi connessi: | |
| Codice: | STAFDA004 |
| DIR: | Leonardo Pasquini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa |
| RESP: | a.i. Leonardo Pasquini |
| Struttura del RESP: | SOS Anticorruzione e Trasparenza |
| Data di aggiornamento: | 23/02/2022 |

Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clients |
|-----------|---|---|--|---|
| Chiunque | Richiesta di dati, documenti o informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria | Il processo si occupa di gestire le richieste di dati, documenti o informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi dell'art.5 comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 (c.d. Decreto Trasparenza). | Comunicazione del link dove è pubblicato il dato, il documento o l'informazione oggetto della richiesta. | Chiunque Direzione Aziendale OIV Ufficio Procedimenti ANAC SOC Affari generali |

| ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| STAFDA004 - Accesso civico semplice - 23/02/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descrizione delle attività | | | | | Valutazione dei rischi | | | | | Trattamento del rischio | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 1 | Ricezione della richiesta di accesso civico semplice | Il RPCT riceve la richiesta e verifica che contenga tutti gli elementi necessari per essere accolta quali: - generalità del richiedente, con i relativi recapiti, - indicazione chiara ed esaustiva dei dati, informazioni o documenti per i quali è richiesto l'accesso. L'istanza può essere presentata, anche utilizzando l'apposito modulo scaricabile dal sito alla sezione Amministrazione Trasparente. | RPCT PO Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione | Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021 D.Lgs. 33/2013 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Esame dell'istanza e richiesta dei dati alla struttura che li detiene | Nel caso in cui il RPCT rilevi che l'istanza riguarda documenti, informazioni o dati oggetto di pubblicazione obbligatoria già pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda, comunica tempestivamente al richiedente il relativo collegamento ipertestuale. Se, invece, il RPCT rileva che la richiesta riguarda documenti, informazioni o dati, oggetto di pubblicazione obbligatoria, che non risultano pubblicati sul sito istituzionale Aziendale, chiede la documentazione al Direttore della struttura competente che la trasmette a il RPCT entro sette giorni. | RPCT PO Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione | Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021 D.Lgs. 33/2013 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Pubblicazione su Amministrazione Trasparente e comunicazione al richiedente | Una volta ricevuta la documentazione, il RPCT provvede alla sua pubblicazione in Amministrazione Trasparente e comunica al richiedente tempestivamente, e comunque entro 30 giorni dal ricevimento dell'istanza, l'avvenuta pubblicazione, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale. | RPCT | Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021 D.Lgs. 33/2013 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Comunicazione a SOC Affari Generali | Il RPCT comunica la conclusione del procedimento alla SOC Affari Generali che provvede alla registrazione nel Registro degli accessi che trimestralmente viene pubblicato su Amministrazione Trasparente. | RPCT | Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021 D.Lgs. 33/2013 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Segnalazione di inadempienze | In relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di inadempienza o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, alla Direzione Aziendale, all'OIV, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari e ad ANAC. | RPCT | D.Lgs. 33/2013 PNA PTPCT Normativa di settore | Mancata segnalazione di gravi non conformità rilevate | Conflitto di interessi | Basso | Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Riesame del diniego, totale o parziale, o della mancata risposta, all'istanza di accesso civico generalizzato e del provvedimento di rigetto dell'opposizione motivata del controinteressato |
| Area di rischio: | Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio |
| Processi connessi: | |
| Codice: | STAFDA005 |
| DIR: | Leonardo Pasquini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa |
| RESP: | a.i. Leonardo Pasquini |
| Struttura del RESP: | SOS Anticorruzione e Trasparenza |
| Data di aggiornamento: | 24/02/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|--------------------|---|--|---|
| - Coloro che hanno ricevuto un diniego parziale o totale alla richiesta di accesso civico generalizzato o una mancata risposta - Controinteressati all'accoglimento della richiesta di accesso civico generalizzato | Istanza di riesame | Il processo si occupa di valutare le richieste di riesame e decidere sull'accoglimento e/o il rigetto | - Comunicazione al richiedente - Comunicazione alla struttura che detiene i documenti richiesti | - Coloro che hanno ricevuto un diniego parziale o totale alla richiesta di accesso civico generalizzato o una mancata risposta - Controinteressati all'accoglimento della richiesta di accesso civico generalizzato - SOC Affari Generali |

| 2 – ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--|-----------|--|--|------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| STAFDA005 - Riesame del diniego, totale o parziale, o della mancata risposta, all'istanza di accesso civico generalizzato e del provvedimento di rigetto dell'opposizione motivata del controinteressato - 24/02/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 – Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 – Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | |
| 1 | Ricezione della richiesta di riesame | La domanda di riesame viene inoltrata al RPCT da: - coloro che, presentata la richiesta di accesso civico generalizzato, hanno ricevuto un diniego totale o parziale, o una mancata risposta entro il termine prescritto; - contro interessati, nei casi di accoglimento della richiesta di accesso civico nonostante la loro opposizione. | RPCT | D.lgs n.33/2013 Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Istruttoria | Il RPCT valuta entro 20gg la fondatezza del riesame e, se necessario, chiede il parere al Garante della privacy, il quale deve pronunciarsi entro il termine di dieci giorni dalla richiesta. In questo periodo l'adozione del provvedimento da parte del RPCT è sospesa fino ad un massimo di 10 gg. | RPCT | D.lgs n.33/2013 Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Accoglimento o rigetto dell'istanza | Sulla richiesta di riesame, il RPCT decide con provvedimento motivato e ne da comunicazione alla SDC Affari Generali per la tenuta del Registro degli accessi. | RPCT | Regolamento approvato con delibera n. 1206/2021 | Omessa accoglimento della domanda di riesame per la presenza di conflitto di interessi | Conflitto di interessi | Basso | Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Gestione degli adempimenti di trasparenza |
| Area di rischio: | Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio |
| Processi connessi: | |
| Codice: | STAFDA006 |
| DIR: | Leonardo Pasquini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa |
| RESP: | a.i. Leonardo Pasquini |
| Struttura del RESP: | SOS Anticorruzione e Trasparenza |
| Data di aggiornamento: | 24/02/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|--|---|---|---|
| Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice (RESP) Direttore di Staff o di Dipartimento (DIR) Referenti per la Trasparenza (REF) | Dati, documenti e informazioni. oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.lgs n.33/2013 | Il processo ha lo scopo di regolamentare, coordinare e vigilare le attività di individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione obbligatoria dei dati, documenti e informazioni sulla sezione del sito internet aziendale “Amministrazione Trasparente”, in conformità alle indicazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013, nella normativa di settore, nel PNA e nel PTPCT. | Dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria Report monitoraggio di II livello Segnalazioni di omessa pubblicazione | Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice (RESP) Direttore di Staff o di Dipartimento (DIR) Referenti per la Trasparenza (REF) Direzione Aziendale OIV Ufficio Procedimenti Disciplinari ANAC |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| STAFDA006 - Gestione degli adempimenti di trasparenza - 24/02/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | |
| 1 | Attività di assistenza alla pubblicazione | La PO, con la collaborazione dei REF, supporta i RESP e i DIR nelle fasi di individuazione/elaborazione, trasmissione, pubblicazione obbligatoria dei dati, documenti e informazioni da inserire nella sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente" | PO Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione | D.Lgs. 33/2013 PNA PTPCT Normativa di settore | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Invio ai Dipartimenti/Strutture della richiesta degli esiti del monitoraggio di primo livello sulla pubblicazione | Sulla base della normativa in materia di "Trasparenza" il RPCT e la PO hanno approntato una griglia per il monitoraggio degli obblighi di pubblicazione. La griglia che riporta gli obblighi di ciascun Dipartimento/Struttura viene inviata, almeno semestralmente, ai rispettivi Direttori e/o Responsabili e Referenti che la compilano, indicando per ciascun obbligo lo stato di pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti, secondo i criteri di completezza, aggiornamento ed apertura del formato, nonché secondo le tempistiche previste dalla normativa. | RPCT PO Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione | D.Lgs. 33/2013 PNA PTPCT Normativa di settore | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Monitoraggio e controllo di secondo livello | La PO riceve le risposte inviate dai diversi Dipartimenti/Strutture ed effettua il monitoraggio e controllo di secondo livello sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate sulla pagina internet "Amministrazione Trasparente", acquisendo, se necessario, dai DIR documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite audit. | PO Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione | D.Lgs. 33/2013 PNA PTPCT Normativa di settore | Omesso monitoraggio/controllo di secondo livello | Conflicto di interessi | Basso | Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Comunicazioni sull'esito del monitoraggio | La PO, invia un report ai Direttori/Responsabili, ai Referenti coinvolti nel processo di pubblicazione, al RPCT e alla Direzione Amministrativa, nel quale sono riassunti i risultati dell'attività di monitoraggio e controllo di secondo livello richiedendo la risoluzione delle non conformità rilevate. | PO Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione | D.Lgs. 33/2013 PNA PTPCT Normativa di settore | Mancata comunicazione delle non conformità rilevate | Conflicto di interessi | Basso | Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Segnalazione di inadempienze | In relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, alla Direzione Aziendale, all'OIV, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari e ad ANAC. | RPCT | D.Lgs. 33/2013 PNA PTPCT Normativa di settore | Mancata segnalazione di gravi non conformità rilevate | Conflicto di interessi | Basso | Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale | | | | | | | | | | | | |

DESCRIZIONE DEL PROCESSO

Dati generali

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Gestione del rischio corruzione |
| Area di rischio: | Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio |
| Processi connessi: | |
| Codice: | STAFDA007 |
| DIR: | Leonardo Pasquini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa |
| RESP: | a.i. Leonardo Pasquini |
| Struttura del RESP: | SOS Anticorruzione e Trasparenza |
| Data di aggiornamento: | 24/02/2022 |

Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|--|--|---|----------|
| Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice (RESP) Direttore di Staff o di Dipartimento (DIR) Referenti per la Trasparenza (REF) | Bozze schede di analisi dei processi approvate dai DIR | Il processo si occupa della gestione del rischio di corruzione attraverso l'analisi dei processi aziendali, l'individuazione delle misure di prevenzione/mitigazione del rischio, la definizione della tempistica per la loro attuazione e il monitoraggio delle stesse. | Catalogo dei processi allegato al PTPCT | Chiunque |

| ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|------------------------|-----------------------------------|---|----------------------------------|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|---|----------|
| STAFDA007 - Gestione del rischio corruzione - 24/02/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descrizione delle attività | | | | | Valutazione dei rischi | | | | | Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | |
| 1 | Recepimento dell'elenco dei processi | Il RPCT riceve dai DIR e dai RESP l'elenco di tutti i processi che si svolgono all'interno delle strutture di competenza. Il RPCT in collaborazione con RESP e REF individua i processi da analizzare in via prioritaria in base alle indicazioni di ANAC | RPCT Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice (RESP) Referenti per la Trasparenza (REF) Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza | Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PTPCT | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Inoltro del modello di scheda di analisi del processo a RESP e REF | Il Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza inoltra ai RESP e ai REF l'apposita scheda per l'analisi dei processi che dovranno compilare descrivendo le fasi di ciascun processo, la valutazione dei rischi di corruzione e le misure di prevenzione da mettere in atto. La compilazione avviene in collaborazione con il RPCT e il Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza. | RPCT RESP REF Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza | Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PTPCT | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Recepimento della scheda di analisi compilata | Il RPCT riceve la scheda approvata dai RESP e dal DIR, e può decidere di pubblicarla sul sito Amministrazione Trasparente allo scopo di raccogliere le eventuali osservazioni da parte dei soggetti interessati. Successivamente la esamina, anche alla luce delle eventuali osservazioni pervenute, e la approva oppure la reinvia al RESP con le proprie indicazioni chiedendone una revisione. | RPCT Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza | Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PTPCT | Omessa rilevazione dei rischi di corruzione e/o delle misure di prevenzione | Conflitto di interessi | Basso | Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Inserimento nel catalogo dei processi | Il Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza inserisce il processo analizzato e approvato nel Catalogo che sarà allegato al PTPCT. | RPCT Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza | Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PTPCT | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Pubblicazione | Il personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza pubblica il Catalogo dei processi in allegato al PTPCT nel sito internet aziendale nella pagina "Amministrazione Trasparente" | Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza | Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PTPCT | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Monitoraggio e controllo di secondo livello | Il RPCT, con il supporto del personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza, effettua il monitoraggio di secondo livello, con cadenza almeno semestrale, sull'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione specifiche previste nell'analisi dei processi. Allo scopo, richiede ai RESP e ai REF di relazionare sullo stato di attuazione delle misure, attraverso la compilazione dei campi dell'apposita scheda di rilevazione, e di fornire l'eventuale documentazione di supporto. Nel caso di non conformità, richiede la motivazione della mancata realizzazione ed eventualmente accorda una proroga dei tempi di attuazione. | RPCT Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza | PNA, Linee guida ANAC PTPCT | Omesso monitoraggio/controllo di secondo livello | Conflitto di interessi | Basso | Il livello di esposizione risulta basso perché bassa è la probabilità di accadimento legata alla presenza di possibili conflitti di interessi e basso il livello di impatto reputazionale | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Controllo di secondo livello | Il RPCT, con il supporto del personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza, effettua il controllo a campione di secondo livello sull'attuazione e sull'adeguatezza delle misure di prevenzione specifiche, acquisendo dai RESP e dai REF documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite audit. La priorità è data ai processi/attività con maggior livello di esposizione al rischio, non controllati di recente o per i quali siano pervenute delle segnalazioni di fatti corruttivi. | RPCT Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza | PNA, Linee guida ANAC PTPCT | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Recepimento delle donazioni liberali e delle disposizioni mortis causa |
| Area di rischio: | Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio |
| Processi connessi: | |
| Codice: | STAFDA008 |
| DIR: | Leonardo Pasquini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa |
| RESP: | a.i. Leonardo Pasquini |
| Struttura del RESP: | SOC Affari Generali |
| Data di aggiornamento: | 01/12/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clients |
|---|--|--|--|--|
| Soggetto, sia esso persona fisica o giuridica che vuole liberamente beneficiare l'Azienda | Proposta di donazione liberale in denaro o in natura | Il processo gestisce le erogazioni liberali in denaro o in natura che vengono elargite da persone fisiche o giuridiche | Accettazione e/o rifiuto della donazione | Direzione aziendale Dipartimenti/Strutture aziendali coinvolte nella donazione Soggetti fisici o giuridici donanti |

| 2 – ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|-----------------------------------|--|--|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|-----------------------|-----------------------|
| STAFDA008 - Recepimento delle donazioni liberali e delle disposizioni mortis causa - 01/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | | |
| 1 | Recepimento proposta di donazione | L'IF Progetti di ricerca donazioni e sponsorizzazioni recepisce la proposta di donazione e verifica che siano presenti tutti gli elementi necessari per l'accettazione con le modalità previste dall'art. 8 del Regolamento aziendale. In ogni proposta di donazione, sempre dall'articolo 8 del Regolamento è previsto che il donatore rilasci dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi. | L'IF Progetti di ricerca donazioni e sponsorizzazioni | Artt. 769 e seguenti del Codice Civile Art. 114 della Legge regionale Toscana n. 40 del 24.02.2005 e ss.ss.mm.ii. Delibera Giunta Regionale Toscana n. 617 dell'11.06.2001 Regolamento aziendale delib. n. 1478/2020 Delibera D.G. n. 1514/2020 | Possibile conflitto di interessi del donante | Conflitto di interessi Modulistica non aggiornata | Medio | Il livello di esposizione è stato valutato medio perché esiste già una modalità di verifica dell'assenza di conflitto di interessi tramite acquisizione di apposita dichiarazione | Il donante sottoscrive una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi in relazione a ciascuna donazione | | | | | | | | X | N° Dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del donante/N° di donazioni proposte | 100% | RESP | Al 31/12 di ogni anno | |
| | | | | | | | | Revisione del modello di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi del donante | | | | X | | | | | X | Predisposizione e utilizzo del modello di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi del donante aggiornato (SI/NO) | SI | RESP | 31/03/23 | |
| 2 | Istruttoria | L'IF Progetti di ricerca donazioni e sponsorizzazioni svolge ogni operazione utile all'istruttoria della pratica compresa la richiesta dei pareri necessari per l'accettazione della donazione. I pareri sono richiesti formalmente con apposita modulistica alle strutture aziendali individuate dal regolamento aziendale (art.11), in casi specifici, anche alle strutture ESTAR. Tutti i pareri sono resi per iscritto e datati dai Direttori delle strutture aziendali o di ESTAR coinvolte nel processo. | L'IF Progetti di ricerca donazioni e sponsorizzazioni | Artt. 769 e seguenti del Codice Civile Art. 114 della Legge regionale Toscana n. 40 del 24.02.2005 e ss.ss.mm.ii. Delibera Giunta Regionale Toscana n. 617 dell'11.06.2001 Regolamento aziendale delib. n. 1478/2020 Delibera D.G. n. 1514/2020 | Esiste il rischio che una non corretta istruttoria determini possibili vantaggi di tipo economico e non per il donante | Mancanza o scarsa chiarezza della regolamentazione o presenza di eccessiva discrezionalità | Medio | Il livello di esposizione è stato valutato medio perché esiste già una modalità per effettuare le istruttorie anche se in assenza di procedure specifiche | Predisposizione delle procedure richiamate all'art. 11 del regolamento aziendale approvato con delibera n. 1478/2020 | | | | | | | | X | | SI | RESP | 30/06/23 | |
| 3 | Acquisizione parere Comitato Tecnico Aziendale (CTA) | L'IF Progetti di ricerca donazioni e sponsorizzazioni invia i pareri raccolti al Comitato Tecnico Aziendale. Per ogni seduta viene espresso un parere motivato tramite mail. La decisione del Comitato è vincolante. Il Comitato verifica il corretto adempimento degli obblighi istruttori la presenza dei pareri tecnici e sanitari, la sussistenza di potenziali conflitti d'interesse e la rispondenza della donazione alle esigenze, agli interessi e ai programmi aziendali. Il riferimento è quello dell'art.12 del Regolamento delle donazioni liberali e delle disposizioni mortis causa. | L'IF Progetti di ricerca donazioni e sponsorizzazioni Comitato Tecnico aziendale (CTA) composto dal Direttore del Dipartimento del Decentramento, il Direttore dello Staff della Direzione Sanitaria, Direttore della Rete Ospedaliera/Sanitaria Territoriale, o loro delegati | Artt. 769 e seguenti del Codice Civile Art. 114 della Legge regionale Toscana n. 40 del 24.02.2005 e ss.ss.mm.ii. Delibera Giunta Regionale Toscana n. 617 dell'11.06.2001 Regolamento aziendale delib. n. 1478/2020 Delibera D.G. n. 1514/2020 | Possibile conflitto di interessi a carico dei membri del Comitato Tecnico Aziendale | Conflitto di interessi Mancanza della modulistica per la rilevazione del conflitto di interessi | Alto | Dalla valutazione effettuata risulta alta la possibilità di accadimento medio l'impatto reputazionale. | I componenti del Comitato Tecnico Aziendale devono sottoscrivere una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi in relazione a tutte le donazioni della seduta. La dichiarazione può essere inclusa all'interno del verbale o parere | | | | | | | | X | N° Dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del CTA/N° di sedute effettuate dal CTA per il numero di membri. | 100% | RESP | Al 31/12 di ogni anno | |
| | | | | | | | | Predisposizione di un modello di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per i membri del CTA | | | | | | | | | X | Predisposizione e utilizzo del modello di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per i membri del CTA (SI/NO) | SI | RESP | 31/03/23 | |
| 4 | Richiesta accettazione donazione ai soggetti destinatari | L'IF Progetti di ricerca, donazioni e sponsorizzazioni richiede l'accettazione formale alle strutture sanitarie/tecniche/amministrative aziendali individuate quali potenziali destinatari della donazione proposta, compresi i Direttori di Dipartimento e i Direttori Sanitari degli ospedali nel caso di donazioni proposte a strutture sanitarie. (art.11 comma 2 del Regolamento delle donazioni) | L'IF Progetti di ricerca donazioni e sponsorizzazioni | Artt. 769 e seguenti del Codice Civile Art. 114 della Legge regionale Toscana n. 40 del 24.02.2005 e ss.ss.mm.ii. Delibera Giunta Regionale Toscana n. 617 dell'11.06.2001 Regolamento aziendale delib. n. 1478/2020 Delibera D.G. n. 1514/2020 | Possibile conflitto di interessi del ricevente la donazione | Conflitto di interessi Modulistica non aggiornata | Medio | Il livello di esposizione è stato valutato medio perché esiste già una modalità di verifica dell'assenza di conflitto di interessi tramite acquisizione di apposita dichiarazione. | Il ricevente sottoscrive una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi in relazione a ciascuna donazione | | | | | | | | | X | N° Dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del ricevente/N° di donazioni accettate | 100% | RESP | Al 31/12 di ogni anno |
| | | | | | | | | Revisione del modello di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi del ricevente | | | | | | | | | X | Predisposizione e utilizzo del modello di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi del ricevente aggiornato (SI/NO) | SI | RESP | 31/03/23 | |
| 5 | Accettazione o rifiuto della donazione | L'accettazione viene formalizzata con: - Delibera D.G. su proposta del Direttore della SOC Affari Generali per donazioni superiori a 30.000 euro; - Determina Dirigenziale per donazioni di valore compreso tra 5.000 e 30.000 euro; - Determina Dirigenziale cumulativa trimestrale per donazioni di valore inferiore e 5.000 euro. NOTA: le accettazioni delle donazioni vengono trasmesse ufficialmente al donante, alla SOC Patrimonio e alle SOC Contabilità Generale e alle strutture aziendali di volta in volta interessate alle attività conseguenti la donazione (art.13 del Regolamento donazioni) Sempre sulla base dell'art.13 comma 3 del Regolamento, in caso di non accettazione della donazione, l'IF predispone la lettera di rifiuto e ne cura la trasmissione al donante. | SOC Affari Generali | Artt. 769 e seguenti del Codice Civile Art. 114 della Legge regionale Toscana n. 40 del 24.02.2005 e ss.ss.mm.ii. Delibera Giunta Regionale Toscana n. 617 dell'11.06.2001 Regolamento aziendale delib. n. 1478/2020 Delibera D.G. n. 1514/2020 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Aggiornamento rendicontazione Covid-19 | Sulla base di quanto trasmesso trimestralmente dal Dipartimento Amministrazione Pianificazione e Controllo di Gestione, dalla SOC Acquisizione Beni e Servizi e dalla SOC Patrimonio, la SOC Affari Generali rendiconta le donazioni liberali legate all'emergenza da Covid-19, in denaro e/o in natura, utilizzando i modelli allegati al Regolamento aziendale in materia, redatto in conformità alle disposizioni ANAC. Il rendiconto viene aggiornato ogni tre mesi come previsto da ANAC. | SOC Affari Generali | Disciplina delle erogazioni liberali emergenza Covid -19 di cui alla L. 24 aprile 2020, n. 27 Delibera D.G. n. 1478 dell'11/12/2020 Delibera D.G. n. 1514/2020 Comunicati ANAC del 29/07/2020 e del 07/10/2020 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali |
| Area di rischio: | Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture) |
| Processi connessi: | |
| Codice: | STAFFDA009 |
| DIR: | Leonardo Pasquini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa |
| RESP: | Mariateresa Asquino |
| Struttura del RESP: | SOC Acquisizione beni e servizi |
| Data di aggiornamento: | 23/12/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--------------------------------|---|--|--|--|
| Dipartimento del Decentramento | Il Direttore del Dipartimento del Decentramento trasmette con propria nota la ricognizione dei contratti in essere derivanti da evidenza pubblica per i settori di propria competenza: Socio Sanitario, Socio Assistenziale, Socio educativo e Salute mentale attestandone altresì la copertura economica presunta. | Il processo si occupa della gestione delle procedure di gara per l'esternalizzazione di servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali. Si tratta di procedure aperte sotto e sopra soglia comunitaria. | Delibera di aggiudicazione Accordo quadro | Strutture afferenti al Dipartimento del Decentramento competenti per la gestione dei servizi affidati. Imprese aggiudicatarie. |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|--|-----------------------------------|---|---|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|-------------------|--|--|------|--------------------|--------------------|
| STAFFDA009 - Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali - 23/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatore di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | | | |
| 1 | Recepimento richieste di attivazione e Programmazione | A fine anno viene predisposta la delibera di programmazione biennale sulla base della ricognizione dei contratti in essere trasmessa dal Dipartimento del Decentramento. La SOC Acquisizione Beni e Servizi provvede, con la suddetta delibera, nell'ambito della ricognizione trasmessa, a definire le priorità dovute alle scadenze contrattuali, i livelli di aggregazione dei fabbisogni in base alla tipologia dei servizi, alla tipologia degli utenti e all'ambito territoriale, al fine di definire la proposta di programmazione biennale delle procedure di affidamento. Le procedure di affidamento vengono pertanto suddivise in lotti funzionali in modo da evitare artificiosi frazionamenti. Contestualmente nella medesima delibera è nominato un RUP per ogni procedura di gara. La programmazione biennale viene aggiornata annualmente sulla base delle eventuali nuove esigenze trasmesse dal Dipartimento del Decentramento. La programmazione è pubblicata sul sito aziendale e su SITAT. Il Direttore della SOC ABS sottoscrive, nella proposta di delibera, la dichiarazione di assenza di conflitto di interesse nei confronti degli Operatori Economici dei settori merceologici di riferimento. | Direttore SOC ABS/Incarico di Coordinamento | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usf Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Esiste il rischio che l'attività sia condizionata dalla presenza di conflitti di interessi del RUP/Incarico di Coordinamento | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con riferimento alla programmazione approvata Rilascio da parte dell'Incarico di Coordinamento della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con riferimento alla programmazione approvata Aggiornamento/predisposizione della modulistica per la rilevazione del conflitto di interessi del RUP e dell'Incarico di coordinamento | X | | | | | | | | X | Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi di tutti i RUP individuati relative alla programmazione annuale (SI/NO) | Si | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 2 | Nomina del collegio tecnico | La SOC ABS, per ogni procedura di gara, chiede alle strutture competenti l'individuazione dei componenti del collegio tecnico deputato alla stesura del capitolato e procede alla nomina con delibera previa verifica delle autodichiarazioni di incompatibilità e assenza di conflitti di interesse. | Direttore SOC ABS/Incarico di Coordinamento | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usf Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Esiste il rischio che i membri del Collegio Tecnico siano in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte di tutti i membri del Collegio Tecnico di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi Aggiornamento della modulistica per la rilevazione del conflitto di interessi del Collegio Tecnico | X | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai membri del CT / N° complessivo di nomine di membri di CT nell'anno | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 3 | Stesura del capitolato e definizione dei criteri di valutazione. | Il Collegio Tecnico prevede in vari incontri, con eventuale supporto del RUP, quale garante del rispetto della normativa di riferimento, alla stesura e alla sottoscrizione del capitolato tecnico di gara e alla contestuale approvazione dei criteri di valutazione delle offerte tecniche. | Collegio Tecnico/RUP | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usf Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Esiste il rischio che i membri del Collegio Tecnico siano in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte di tutti i membri del Collegio Tecnico di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi Aggiornamento della modulistica per la rilevazione del conflitto di interessi del Collegio Tecnico | X | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai membri del CT / N° complessivo di nomine di membri di CT nell'anno | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 4 | Indizione della gara | Predisposizione atti di gara. In questa fase si definiscono la tipologia di gara (procedure aperte sopra e sotto soglia comunitaria) e i criteri di aggiudicazione e si acquisisce dal Dipartimento di competenza l'attestazione di copertura economica della spesa. Predisposizione delibera di indizione, approvazione da parte del DG e pubblicazione su Albo Pretorio, Amministrazione Trasparente e SITAT. Il RUP della procedura, nella proposta di delibera, dichiara l'assenza di conflitto di interesse nei confronti degli Operatori Economici del settore merceologico di riferimento. | RUP/Incarico di Coordinamento | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usf Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Esiste il rischio che l'attività sia condizionata dalla presenza di conflitti di interessi del RUP/Incarico di Coordinamento | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con riferimento alla programmazione approvata Rilascio da parte dell'Incarico di Coordinamento della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con riferimento alla programmazione approvata Aggiornamento/predisposizione della modulistica per la rilevazione del conflitto di interessi del RUP e dell'Incarico di coordinamento | X | | | | | | | | X | Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi di tutti i RUP individuati relative alla programmazione annuale (SI/NO) | Si | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 5 | Publicazione della gara | Acquisizione CG su ANAC/SIMOG e pubblicazione bandi di gara su GIUE, GURI e quotidiani. Pubblicazione atti di gara su START. Le tempistiche per la presentazione delle offerte sono definite dal Codice Appalti. | RUP/Incarico di Coordinamento | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usf Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | X | | | RESP | 31/12/22 |
| 6 | Seduta riservata apertura documentazione amministrativa | Apertura busta documentazione amministrativa e fasi successive: -verifica presenza autodichiarazioni sul possesso dei requisiti di partecipazione; -verifica presenza dichiarazioni dell'operatore economico ex art.80 compresa dichiarazione assenza conflitto di interessi ai sensi art.42 del codice appalti; -verifica della completezza di tutta la documentazione presentata rispetto alla richiesta degli atti di gara, -eventuale soccorso istruttorio, -stesura verbali operazioni svolte e pubblicazione su START. | RUP/Incarico di Coordinamento | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usf Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Esiste il rischio che l'operatore economico sia in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media perché le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi sono raccolte nella fase gara. L'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte dell'operatore economico della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento | X | | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi degli operatori economici / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 7 | Ammissione concorrenti | Predisposizione atto di ammissione/esclusione concorrenti e relativa pubblicazione su START, Amministrazione Trasparente e SITAT. Il RUP sottoscrive, con la determina di ammissione dei concorrenti, la dichiarazione di assenza conflitto di interesse nei confronti degli Operatori Economici partecipanti. | RUP/Incarico di Coordinamento | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usf Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Esiste il rischio che l'attività sia condizionata dalla presenza di conflitti di interessi del RUP/Incarico di Coordinamento | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con riferimento alla programmazione approvata Rilascio da parte dell'Incarico di Coordinamento della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con riferimento alla programmazione approvata Aggiornamento/predisposizione della modulistica per la rilevazione del conflitto di interessi del RUP e dell'Incarico di coordinamento | X | | | | | | | | X | Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi di tutti i RUP individuati relative alla programmazione annuale (SI/NO) | Si | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 8 | Nomina commissione giudicatrice | La SOC ABS chiede alle strutture competenti l'individuazione dei componenti della Commissione Giudicatrice deputata alla valutazione delle offerte tecniche sulla base dei criteri stabiliti dagli atti di gara e procede alla nomina con delibera previa verifica delle autodichiarazioni di incompatibilità e assenza di conflitti di interesse. | RUP/Incarico di Coordinamento | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usf Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Esiste il rischio che i membri della Commissione Giudicatrice siano in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte di tutti i membri della Commissione Giudicatrice di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi Aggiornamento della modulistica per la rilevazione del conflitto di interessi della Commissione Giudicatrice | X | | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai membri della CG / N° complessivo di nomine di membri di CG nell'anno | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 9 | Seduta riservata apertura offerte tecniche | Apertura busta documentazione tecnica e fasi successive: -verifica della completezza della documentazione presentata rispetto alla richiesta degli atti di gara, -consegna della doc. tecnica alla Commissione Giudicatrice, -stesura verbali operazioni svolte e pubblicazione su START. | RUP/Incarico di Coordinamento | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usf Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | X | | | RESP | 31/12/22 |
| 10 | Esito lavori commissione giudicatrice | La Commissione Giudicatrice provvede in varie sedute riservate alla stesura e alla sottoscrizione dei verbali comprensivi delle valutazioni e dei punteggi attribuiti ai concorrenti. | Commissione Giudicatrice | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usf Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Esiste il rischio che i membri della Commissione Giudicatrice siano in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte di tutti i membri della Commissione Giudicatrice di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi Aggiornamento della modulistica per la rilevazione del conflitto di interessi della Commissione Giudicatrice | X | | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai membri della CG / N° complessivo di nomine di membri di CG nell'anno | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 11 | Seduta pubblica apertura offerte economiche | Il RUP, alla presenza della Commissione Giudicatrice, in seduta pubblica, provvede a comunicare i punteggi tecnici assegnati dalla CG ad ogni concorrente e ad inserirli su START, dopodiché procede all'apertura della busta contenente la documentazione economica e alle fasi successive: -verifica della completezza della documentazione presentata rispetto alla richiesta degli atti di gara, -presa atto dei punteggi economici attribuiti automaticamente dalla piattaforma START a ciascuna offerta e della conseguente classifica di aggiudicazione provvisoria, -stesura verbali operazioni svolte. | RUP/Incarico di Coordinamento | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usf Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | X | Approvazione e utilizzo della modulistica aggiornata per la rilevazione del conflitto di interessi della CG (SI/NO) | Si | RESP | 31/12/22 |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|---|-----------------------------------|---|--|-------------------------------|----|----|----|----|----|----|--------------------------|--|---|----------|--------------------|--|--|
| STAFFDA009 - Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali - 23/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | | | |
| 12 | Controlli | Esecuzione delle seguenti verifiche: - controlli ex art. 80 D.lgs.50/2016: requisiti generali e cause di esclusione; - controlli ex art. 83 D.lgs.50/2016: requisiti speciali e mezzi di prova, idoneità professionale e capacità tecnico-professionale ed economico-finanziaria; - valutazione da parte e RUP dell'anomalia delle offerte economiche | RUP/Incarico di Coordinamento | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Esiste il rischio che il RUP o il soggetto che ricopre l'incarico di coordinamento/funzione sia in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con riferimento alla programmazione approvata Rilascio da parte dell'Incarico di Coordinamento della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con riferimento alla programmazione approvata Aggiornamento/ predisposizione della modulistica per la rilevazione del conflitto di interessi del RUP e dell'Incarico di coordinamento | X | | | | | | | X | Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi di tutti i RUP individuati relative alla programmazione annuale (SI/NO) | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | X | Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi di tutti gli incarichi di coordinamento relative alla programmazione annuale (SI/NO) | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | X | Approvazione e utilizzo della modulistica aggiornata per la rilevazione del conflitto di interessi del RUP e dell'Incarico di coordinamento/funzione (SI/NO) | SI | RESP | 31/12/22 | | |
| 13 | Delibera di aggiudicazione | Successivamente all'esito dei controlli, predisposizione delibera di aggiudicazione e relativa pubblicazione su START, Albo Pretorio, Amministrazione trasparente e SITAT e contestuale sottoscrizione da parte del RUP dell'autodichiarazione di incompatibilità e assenza di conflitti di interesse nei confronti degli Operatori Economici aggiudicatari. | RUP/Incarico di Coordinamento | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Esiste il rischio che l'attività sia condizionata dalla presenza di conflitti di interessi del RUP/Incarico di Coordinamento | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Medio | Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con riferimento alla programmazione approvata Rilascio da parte dell'Incarico di Coordinamento della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con riferimento alla programmazione approvata Aggiornamento/ predisposizione della modulistica per la rilevazione del conflitto di interessi del RUP e dell'Incarico di coordinamento | X | | | | | | | X | Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi di tutti i RUP individuati relative alla programmazione annuale (SI/NO) | SI | RESP | 31/12 di ogni anno | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | X | Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi di tutti gli incarichi di coordinamento relative alla programmazione annuale (SI/NO) | SI | RESP | 31/12 di ogni anno | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | X | Approvazione e utilizzo della modulistica aggiornata per la rilevazione del conflitto di interessi del RUP e dell'Incarico di coordinamento (SI/NO) | SI | RESP | 31/12/22 | | |
| 14 | Sottoscrizione accordo quadro | Decorsi i termini di legge dalla data delle comunicazioni di aggiudicazione si procede alla predisposizione e alla sottoscrizione dell'accordo/i quadro/i tra l'Azienda Usi Toscana Centro e l'aggiudicatario/i della gara e all'inizio dei medesimi contratti alle strutture afferenti al Dipartimento del Decentramento competente per la stipula dei relativi contratti attuativi per la gestione dei servizi affidati. | Direttore Generale/RUP/Incarico di Coordinamento | D.Lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Gestione dell'Accesso agli atti sulle procedure di gara | Recepimento istanze, valutazione, Comunicazione ai contrinteressati per accesso atti | RUP/Incarico di Coordinamento | Art.53 D.lgs.50/2016 e ss.mm.ii. Art.28 Delibera n. 982/2021 Regolamento dell'attività contrattuale | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Gestione procedure d'acquisto di beni e servizi sotto i 40.000,00 Euro |
| Area di rischio: | Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture) |
| Processi connessi: | |
| Codice: | STAFFDA010 |
| DIR: | Leonardo Pasquini |
| Struttura del DIR: | Staff della Direzione Amministrativa |
| RESP: | Mariateresa Asquino |
| Struttura del RESP: | SOC Acquisizione beni e servizi |
| Data di aggiornamento: | 23/12/2022 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|---|---|--|--|---|
| Sruttore afferenti ai Dipartimenti dell' Azienda Usl Toscana Centro | Richieste d'acquisto di beni e servizi sotto la soglia di € 40.000,00 sottoscritte dai Direttori di Struttura Complessa e autorizzate dal Direttore Amministrativo/Sanitario per competenza, inviate alla casella di posta dedicata | Il processo si occupa della gestione delle procedure d'acquisto di beni e servizi in affidamento diretto ai sensi dell'art. 36, comma 2 lett.a) del D.Lgs n. 50/2016 e s.m.i. e dell'art. 1 D.L. 76/2020 convertito in L. 120/2020 e D.L.77/2021 convertito in L.108/2021. | Determina trimestrale di rendicontazione. Contratto stipulato con l'affidatario. | Sruttore afferenti ai Dipartimenti dell' Azienda Usl Toscana Centro, Imprese affidatarie. |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|-----------|---|---|------------------------------------|---|---|---|---|---|--|----|----|----|----|-------------------|---|--|--------------------------|--------------------|--------------------|
| STAFFDA010 - Gestione procedure d'acquisto di beni e servizi sotto i 40.000,00 Euro - 23/12/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | | |
| | | | | | | | | | | Tipologia di misura | | | | | | | | | | Indicatori di attuazione | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | CI | | | | | |
| | | inotolo di richiesta, utilizzando altresì i risultati di eventuali preventiva manifestazione di interesse; la procedura su start è in modalità "visibilità pubblica" per consentire la massima partecipazione agli operatori economici interessati ma non invitati. In questa fase si effettua anche la verifica della presenza delle dichiarazioni dell'operatore economico ex art.80 compresa dichiarazione assenza conflitto di interessi ai sensi art.42 del codice appalti. | | | | | | | Aggiornamento del Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 prevedendo per importi compresi tra 20.000 e 40.000 euro l'utilizzo della check list prevista nel PNA (allegato 8) | X | | | X | | | | | | Aggiornamento del Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 prevedendo per importi compresi tra 20.000 e 40.000 euro l'utilizzo della check list prevista nel PNA (allegato 8) (S/NO) | SI | RESP | 30/06/23 |
| | | | | | Esiste il rischio che l'operatore economico sia in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la possibile presenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte dell'operatore economico della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento | | | | | | X | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi degli operatori economici / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| | | Publicatione su START di una gara rivolta ad operatori economici selezionati nel settore di interesse con invito a presentare offerta. Dopo la presentazione delle offerte il RUP/incarico di funzione procede all'apertura delle buste presentate e alla verifica della correttezza della documentazione amministrativa. Successivamente, procede all'apertura delle offerte tecniche degli O.E. ammessi e alla trasmissione delle medesime all'OTV (Organo Tecnico di Valutazione) indicato nella richiesta. L'OTV è sempre presente nelle PM con OEPV. Il RUP/incarico di funzione acquisisce il verbale di valutazione tecnica e le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi dell'OTV. Il RUP/incarico di funzione procede all'inserimento del punteggio tecnico su START e all'apertura delle offerte economiche. Il RUP/incarico di funzione predetta altresì della classifica elaborata da START e procede all'affidamento della fornitura. La rotazione è assicurata in quanto: - vengono invitate a partecipare ulteriori ditte rispetto a quelle indicate nel modulo di richiesta, utilizzando altresì i risultati di eventuale preventiva manifestazione di interesse; - la procedura su start è in modalità "visibilità pubblica" per consentire la massima partecipazione agli operatori economici interessati ma non invitati. In questa fase si effettua anche la verifica della presenza delle dichiarazioni dell'operatore economico ex art.80 compresa dichiarazione assenza conflitto di interessi ai sensi art.42 del codice appalti. | | | | | | Esiste il rischio che il RUP e/o il soggetto che ricopre l'incarico di coordinamento/funzione e/o i membri del OTV siano in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la possibile presenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del RUP / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| | | | | | Esiste il rischio che l'operatore economico sia in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la possibile presenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte dell'operatore economico della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento | | | | | | X | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi degli operatori economici / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 8 | Procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando con criterio di aggiudicazione OEPV (art. 63 comma 6 D.lgs. 50/2016) | Publicatione su START di una gara rivolta ad operatori economici selezionati nel settore di interesse con invito a presentare offerta. Dopo la presentazione delle offerte il RUP/incarico di funzione procede all'apertura delle buste presentate e alla verifica della correttezza della documentazione amministrativa. Successivamente, procede all'apertura delle offerte tecniche degli O.E. ammessi e alla trasmissione delle medesime all'OTV (Organo Tecnico di Valutazione) indicato nella richiesta. L'OTV è sempre presente nelle PM con OEPV. Il RUP/incarico di funzione acquisisce il verbale di valutazione tecnica e le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi dell'OTV. Il RUP/incarico di funzione procede all'inserimento del punteggio tecnico su START e all'apertura delle offerte economiche. Il RUP/incarico di funzione predetta altresì della classifica elaborata da START e procede all'affidamento della fornitura. La rotazione è assicurata in quanto: - vengono invitate a partecipare ulteriori ditte rispetto a quelle indicate nel modulo di richiesta, utilizzando altresì i risultati di eventuale preventiva manifestazione di interesse; - la procedura su start è in modalità "visibilità pubblica" per consentire la massima partecipazione agli operatori economici interessati ma non invitati. In questa fase si effettua anche la verifica della presenza delle dichiarazioni dell'operatore economico ex art.80 compresa dichiarazione assenza conflitto di interessi ai sensi art.42 del codice appalti. | | DGR 1274/2018 D.lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | | | | Esiste il rischio che il RUP, il soggetto che ricopre l'incarico di coordinamento/funzione e/o i membri del OTV siano in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la possibile presenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del RUP / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| | | | | | Esiste il rischio che l'operatore economico sia in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la possibile presenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte dell'operatore economico della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento | | | | | | X | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi degli operatori economici / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 9 | Procedure negoziate a trattativa diretta (privative) (art.63 comma 2 lett b D.lgs. 50/2016) | Il RUP/incarico di funzione sulla scorta delle indicazioni di esclusività della fornitura riportate nella richiesta, verificate le medesime tramite indagini esplorative di mercato procede all'acquisizione del preventivo dell'OE individuato. Il RUP/incarico di funzione acquisisce dalla struttura richiedente il parere di idoneità/conformità tecnica sull'offerta aggiudicataria e la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da parte del soggetto che rilascia il suddetto parere. Il RUP/incarico di funzione procede all'affidamento. La trasparenza viene garantita tramite l'inserimento della procedura nella determina di rendicontazione trimestrale. Non esiste la rotazione in quanto i prodotti/servizi presentano delle caratteristiche tecniche che soltanto quello specifico fornitore possiede ai sensi dell'art. 63 comma 2, lett b del Codice Appalti, come dichiarato nei format di richiesta e verificato da ABS tramite apposita indagine di mercato sulla veridicità dell'esclusività. In questa fase si effettua anche la verifica della presenza delle dichiarazioni dell'operatore economico ex art.80 compresa dichiarazione assenza conflitto di interessi ai sensi art.42 del codice appalti. | | DGR 1274/2018 D.lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | | | Esiste il rischio che il RUP, il soggetto che ricopre l'incarico di coordinamento/funzione e/o il soggetto che rilascia il parere di idoneità tecnica siano in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la possibile presenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte del soggetto che rilascia il parere di idoneità tecnica dell'offerta della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni parere reso | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del soggetto che rilascia il parere di idoneità tecnica dell'offerta / N° di pareri resi | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| | | | | | Esiste il rischio che l'operatore economico sia in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la possibile presenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte dell'operatore economico della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento | | | | | | X | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi degli operatori economici / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 10 | Controlli | Esecuzione delle seguenti verifiche sugli OE affidatari/aggiudicatari: - Acquisizione del DURC; - Acquisizione annotazioni riservate ANAC. Esecuzione delle seguenti verifiche a campione: - controlli ex art. 80 D.lgs.50/2016; requisiti generali e cause di esclusione. | | DGR 1274/2018 D.lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | | | Esiste il rischio che il RUP e/o il soggetto che ricopre l'incarico di coordinamento/funzione siano in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la possibile presenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del RUP / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| | | | | | Esiste il rischio che l'operatore economico sia in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la possibile presenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte dell'operatore economico della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento | | | | | | X | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi degli operatori economici / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 11 | Relazione RUP | Per ogni procedura di acquisto sotto la soglia di € 40.000,00 IE ai sensi dell'art. 32, comma 2, del D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. in assenza di determina a contrarre il RUP/incarico di funzione predispone una relazione contenente l'oggetto dell'affidamento, l'importo, il fornitore, le ragioni della scelta del fornitore e il possesso dei requisiti di carattere generale da parte dell'OE affidatario/aggiudicatario. Il RUP, nelle indagini di mercato con richiesta di preventivo, da atto della congruità del prezzo in quanto non vincolato da criteri prestabiliti ma alla luce del miglior rapporto qualità/prezzo. | | DGR 1274/2018 D.lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | | | Esiste il rischio che il RUP e/o il soggetto che ricopre l'incarico di coordinamento/funzione siano in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi Mancato aggiornamento della modulistica | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la possibile presenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del RUP / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| | | | | | Esiste il rischio che l'operatore economico sia in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta per la possibile presenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio | Rilascio da parte dell'operatore economico della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento | | | | | | X | | | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi degli operatori economici / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 12 | Affidamento/Aggiudicazione | Al sensi dell'art. 32, comma 14 del D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. l'affidamento viene formalizzato mediante corrispondenza secondo l'uso del commercio consistente in un apposito scambio di lettere, anche tramite PEC. Per gli affidamenti/aggiudicazioni da € 20.000,00 IE ad € 39.999,99 IE il RUP/incarico di funzione predispone altresì un apposito provvedimento di affidamento/aggiudicazione. | | DGR 1274/2018 D.lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Attività di rendicontazione | Gli affidamenti di importo inferiore ad € 40.000,00 IE sono rendicontati ed approvati con apposito provvedimento, adottato con cadenza trimestrale dal Direttore della SOC A.B.S., come previsto dall'art. 35 del Regolamento dell'attività contrattuale. | | DGR 1274/2018 D.lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Gestione dell'Accesso agli atti sulle procedure di acquisto | Recepimento istanze, valutazione, comunicazione ai contrinteressati per accessi atti. | | DGR 1274/2018 D.lgs. 50/2016 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 | | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Gestione forniture di apparecchi elettromedicali |
| Area di rischio: | Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture) |
| Processi connessi: | STAFDA010 |
| Codice: | STAFDA011 |
| DIR: | Leonardo Pasquini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa |
| RESP: | Mariateresa Asquino |
| Struttura del RESP: | SOC Acquisizione beni e servizi |
| Data di aggiornamento: | 03/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|------------------------|---|---|---|----------------|
| HTA ESTAR CONSIP | Richiesta di acquisto; Nota di richiesta di fornitura, completa di configurazione tecnica, in adesione a convenzione/AQ CONSIP; Nulla osta con l'indicazione dell'affidatario | Il processo si occupa della gestione della fornitura di apparecchi elettromedicali, da acquisire mediante affidamenti in adesione a gare ESTAR/CONSIP, ovvero in economia | Autorizzazione alla liquidazione e tracciabilità CIG | SOC Fornitori |

| 2 - ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|------------------------------------|-----------------------------------|---|--|---------------------|----|-------------------------------|----|----|----|----|--------------------------|--|---|----------|--------------------|--|
| STAFDAD11 - Gestione forniture di apparecchi elettromedicali - 03/01/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | | CI | |
| 10 | Monitoraggio consegna | L'ufficio può coadiuvare il DEC, o gli altri soggetti interessati, sollecitando la consegna del bene, nel rispetto delle tempistiche previste dal capitolato o da altro documento di gara | RES e DEC, con il supporto del Personale amministrativo | D.Lgs. 50/2016 (in particolare artt. 101, 102, 111), capitolato di gara | Esiste il rischio che RES e DEC siano in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media per la presenza di conflitti di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare alto | Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi RES/ N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| | | | | | | | | | Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi DEC/ N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 11 | Recepimento del collaudo | IP Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali riceve il documento di collaudo dal personale ESTAR incaricato. In caso di segnalazione da parte del DEC al RES di eventuali difformità, l'ufficio provvede a formale contestazione alla ditta. | RES e DEC, Incarico Professionale Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali, con il supporto del Personale amministrativo, collaudatore | D.Lgs. 50/2016 (in particolare artt. 101, 102, 111), atti di gara | Esiste il rischio che RES, DEC e collaudatore siano in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media per la presenza di conflitti di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare alto | Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi RES/ N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| | | | | | | | | | Rilascio da parte del collaudatore della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi collaudatore / N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 12 | Applicazione delle penali | In caso di ritardi nella consegna, su proposta del DEC al RES, l'ufficio provvede all'applicazione di eventuali penali, formalizzando la nota tramite PEC (affidando al fornitore un termine per eventuali controdeduzioni) | RES e DEC, con il supporto del Personale amministrativo | D.Lgs. 50/2016 (in particolare art. 113), atti di gara | Esiste il rischio che RES e DEC siano in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media per la presenza di conflitti di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare alto | Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi RES/ N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| | | | | | | | | | Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi DEC/ N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 13 | Acquisizione DURC | L'ufficio procede all'acquisizione del Documento Unico di Regolarità Contributiva e Retributiva, per procedere con i successivi adempimenti | Personale amministrativo | D.Lgs. 50/2016 | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Predisposizione attestato regolare esecuzione | L'ufficio predisporre ed invia al DEC per le necessarie verifiche: - per i beni soggetti a collaudo, l'attestato di regolare esecuzione o il certificato di conformità. - per i beni non soggetti a collaudo, l'attestato di conformità. | DEC, con il supporto del Personale amministrativo | D.Lgs. 50/2016 (in particolare artt. 101, 102, 111) | Esiste il rischio che il DEC sia in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media per la presenza di conflitti di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare alto | Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi DEC/ N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno | |
| 15 | Autorizzazione alla liquidazione e tracciabilità CIG | Se nulla osta (fattura, collaudo, attestato a firma del DEC, DURC), l'ufficio procede al ricevimento del bene su CEPAS (che viene firmato digitalmente) e al successivo carico del cespite, con contestuale invio all'ufficio del Patrimonio del verbale di presa in carico. L'ufficio avvisa anche via mail la ragioneria dell'avvenuto ricevimento per l'emissione del relativo mandato. Il codice CIG viene infine tracciato sulla piattaforma SITAT SA sulla base degli importi liquidati e delle date dei mandati di pagamento. In caso di fatture errate, l'ufficio invia tramite PEC al fornitore una nota motivata di richiesta emissione nota di credito (parziale o totale) oltre eventuale nuova fattura | RES, con il supporto del Personale amministrativo | D.Lgs. 50/2016 (in particolare art. 29) | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Gestione noleggi sanitari |
| Area di rischio: | Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture) |
| Processi connessi: | STAFDA011 |
| Codice: | STAFDA012 |
| DIR: | Leonardo Pasquini |
| Struttura del DIR: | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa |
| RESP: | Mariateresa Asquino |
| Struttura del RESP: | SOC Acquisizione beni e servizi |
| Data di aggiornamento: | 03/01/2023 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|------------------------|--|--|---|----------------|
| HTA ESTAR CONSIP | Richiesta di noleggio; Nota di richiesta di noleggio, completa di configurazione tecnica, in adesione a convenzione/AQ CONSIP; Nulla osta con l'indicazione dell'affidatario | Il processo si occupa della gestione dei noleggi (solitamente pluriennali) di apparecchi elettromedicali, da acquisire mediante affidamenti in adesione a gare ESTAR/CONSIP, ovvero in economia | Autorizzazione alla liquidazione e tracciabilità CIG, eventuale riscatto del bene | SOC Fornitori |

| 2 – ANALISI DEL PROCESSO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|------------------------------------|-----------------------------------|---|---|---------------------|-------------------------------|----|----|----|----|----|--------------------------|--|---|----------|--------------------|
| STAFDA012 - Gestione noleggi sanitari - 03/01/2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - Descrizione delle attività | | | | | 2.2 - Valutazione dei rischi | | | | | | 2.3 - Trattamento del rischio | | | | | | | | | | |
| N° | Nome attività | Descrizione attività e tempistiche | Esecutore | Vincoli | Rischi di corruzione | Fattori abilitanti | Livello di esposizione al rischio | Motivazione del livello di esposizione | Misure specifiche di prevenzione | Tipologia di misura | | | | | | | Indicatori di attuazione | Target indicatori | Responsabile dell'attuazione della misura | Scadenza | |
| | | | | | | | | | | CN | TR | ET | RG | SM | FR | RT | | | | | CI |
| 15 | Predisposizione attestato regolare esecuzione | L'ufficio predispone trimestralmente l'attestato di regolare esecuzione, che invia al DEC per le necessarie verifiche e la firma. | DEC, con il supporto del Personale amministrativo | D.Lgs. 50/2016 (in particolare artt. 101, 102, 111) | Esiste il rischio che il DEC sia in conflitto di interessi | Presenza di conflitto di interessi | Alto | Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media per la presenza di conflitti di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare alto | Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. | | | | | | | | X | N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi DEC/ N° di procedure di affidamento | 100% | RESP | 31/12 di ogni anno |
| 16 | Liquidazione e tracciabilità CIG | Se nulla osta (fattura, collaudo, attestato a firma del DEC, DURC), l'ufficio procede al ricevimento relativo al trimestre di riferimento su CEPAS (che viene firmato digitalmente). L'ufficio avvisa anche via mail la ragioneria dell'avvenuto ricevimento per l'emissione del relativo mandato. Il codice CIG viene infine tracciato sulla piattaforma SITAT SA sulla base degli importi liquidati e delle date dei mandati di pagamento. In caso di fatture errate, l'ufficio invia tramite PEC al fornitore una nota motivata di richiesta emissione nota di credito (parziale o totale) oltre eventuale nuova fattura | RES, con il supporto del Personale amministrativo | D.Lgs. 50/2016 (in particolare art 29) | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Attivazione dell'opzione di riscatto (eventuale) | Se previsto dal capitolato, l'Azienda può avvalersi della facoltà di procedere con l'opzione di riscatto, previa richiesta dell'utilizzatore e conseguente parere di congruità economica da parte dei professionisti delle Tecnologie Sanitarie di ESTAS e di appropriatezza all'acquisizione in proprietà da parte dell'HTA. Se nulla osta, viene a tal fine instaurata una procedura di acquisto che segue i iter di cui al processo STAFDA011, ad eccezione delle seguenti attività (che sono già compiute): n. 6 Elaborazione DUVRI aziendale, n. 10 Monitoraggio consegna, n. 12 Applicazione delle penali | Personale amministrativo | Atti di gara | Nessuno | | | | | | | | | | | | | | | | |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Controlli su strutture accreditate (Ricoveri) |
| Area di rischio: | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni |
| Processi connessi: | |
| Codice: | STAFDS001 |
| DIR: | Emanuele Gori |
| Struttura del DIR: | Direzione Sanitaria |
| RESP: | Felicia Zaccardi |
| Struttura del RESP: | SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate |
| Data di aggiornamento: | 25/08/22 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|-------------------------------|---|---|-----------------------------------|--|
| Direzione Sanitaria Aziendale | Risultanze dei dati relativi a flusso SDO. Dati su eventuali criticità rilevate dagli uffici URP dell'AUSL. Dati sul volume economico relativo ai tetti annuali deliberati per le strutture private in convenzione. | Verificare l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero erogate dalla Case di Cura private in convenzione con Ausl Toscana Centro con particolare attenzione all'appropriatezza del ricovero e del setting assistenziale, alla durata della degenza, alla corretta codifica della scheda di dimissione ospedaliera. | Verbali dei controlli effettuati. | Direzione Sanitaria Aziendale e Direzione Amministrativa |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|--|
| Nome del processo: | Controlli su strutture accreditate (Ambulatoriale) |
| Area di rischio: | Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni |
| Processi connessi: | |
| Codice: | STAFDS002 |
| DIR: | Emanuele Gori |
| Struttura del DIR: | Direzione Sanitaria |
| RESP: | Felicia Zaccardi |
| Struttura del RESP: | SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate |
| Data di aggiornamento: | 25/08/22 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|-------------------------------|---|---|----------------------------------|---|
| Direzione Sanitaria Aziendale | Risultanze dei dati relativi al flusso SPA: prestazioni ambulatoriali. Dati su eventuali criticità rilevate dagli uffici URP dell'AUSL, nonché quelle giunte direttamente alla Direzione Aziendale. Dati sul volume economico relativo ai tetti annuali deliberati per le strutture private in convenzione. | Verificare l'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali erogate dalla Case di Cura private in convenzione con Ausl Toscana Centro attraverso l'analisi dei requisiti di qualità stabiliti dai referenti clinici aziendali, sulla base delle evidenze riportate in letteratura. Verificare il rispetto delle misure legate all'emergenza sanitaria Covid 19. | Verbali dei controlli effettuati | Direzione Sanitaria Aziendale Direzione Amministrativa |

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali**

| | |
|-------------------------------|---|
| Nome del processo: | Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit) |
| Area di rischio: | Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni |
| Processi connessi: | |
| Codice: | STAFDS003 |
| DIR: | Alessandro Sergi |
| Struttura del DIR: | Staff Direzione Sanitaria |
| RESP: | Piero Luigi Perruccio |
| Struttura del RESP: | SOS Etica e cura |
| Data di aggiornamento: | 01/08/22 |

1.2 – Descrizione

| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
|--|--------------------|--|---|--|
| Promotore (es. Aziende farmaceutiche, Produttori dispositivi medici, etc.) | Lettera di intenti | Gestire l'iter delle sperimentazioni cliniche (Profit e No Profit) | CRF contenente i risultati dello studio | Promotore (es. Aziende farmaceutiche, Produttori dispositivi medici, etc.) |

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | Scadenze e link | | | |
|---|---|---|--|---|--|--|---|--|----------------------|
| | Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| A.1.1 | Disposizioni generali | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione) | Annuale | 31/01 di ogni anno | Non applicabile | link |
| A.2.1 | | | | Riferimenti normativi su organizzazione e attività | Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dall'entrata in vigore | link |
| A.2.2 | | | | Atti amministrativi generali | Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dall'approvazione dell'atto | link |
| A.2.3 | | Atti generali | Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Documenti di programmazione strategico-gestionale | Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | PIAO: 31/01/ di ogni anno Bilancio preventivo, Piano Investimenti : 31/12 di ogni anno. PAF: 28/02 Per eventuali altri atti: come da scadenze di legge | 15gg dall'approvazione dell'atto | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| A.2.4 | | | Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Statuti e leggi regionali | Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dall'entrata in vigore | link |
| A.2.5 | | | Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Codice disciplinare e codice di condotta | Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dalla esecutività delibera | link |
| A.3.1 | | Oneri informativi per cittadini e imprese | Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | Scadenario obblighi amministrativi | Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013 | Tempestivo | Non applicabile | Non applicabile | link |
| B.1.1 | | Organizzazione | Articolazione degli uffici | Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Articolazione degli uffici | Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla esecutività dell'atto di modifica all'organizzazione |
| B.1.2 | Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 | | | Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma) | Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla esecutività dell'atto di modifica all'organizzazione | link |
| B.1.3 | Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | | | Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla esecutività dell'atto di modifica all'organizzazione | link | |
| B.2.1 | Telefono e posta elettronica | | Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Telefono e posta elettronica | Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15 gg dalle modifiche apportate alle informazioni | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|---|---|--|---|---|--|--|--|----------------------|
| | Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| C.1.1 | Consulenti e collaboratori | Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza | Art. 15, c. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 | Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle) | <p>Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato</p> <p>Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo; 2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali; 3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato.</p> <p>Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica).</p> <p>Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.</p> | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 3 mesi dal conferimento dell'incarico | link |
| D.1.1 | | Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (DG/DA/DS/DSS) | Art. 15, c. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 Art. 41, c 2 e 3, d.lgs. 33/2013 | Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle) | <p>Atti di conferimento dell'incarico di Direttore Generale (tramite link alla pagina corrispondente del sito di Regione Toscana), Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore dei Servizi Sociali con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato</p> <p>Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo; 2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali; 3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato. NOTA: per attività professionali, ai sensi del comma 1, lettera c) dell'art. 15 D.Lgs 33/2013, si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario</p> <p>Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse.</p> | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dal conferimento dell'incarico | link |
| D.1.2 | | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirabilità dell'incarico | Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013) | Non applicabile | 15gg dal conferimento dell'incarico | |
| D.1.3 | | | Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013) | Non applicabile | 15gg dal conferimento dell'incarico e al 31/12 di ogni anno | |
| D.1.4 | | | Art. 41, c 2, d.lgs. 33/2013 | | Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalle modifiche intervenute alle procedure | |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|---|--|--|--|--|--|--|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| D.1.5 | Personale | | Art. 41, c 2, d.lgs. 33/2013 | | Bandi e avvisi di selezione e svolgimento delle relative procedure | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla esecutività delibera di nomina | |
| D.2.1 | | | Art. 15, c. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 Art. 41, c 2 e 3, d.lgs. 33/2013 | Incarichi di Direttore di Dipartimento, di Struttura Semplice e di Struttura Complessa | Atti di conferimento degli incarichi di Direttore di Dipartimento, di Strutture Complesse e di Strutture Semplici con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo; 2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali; 3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato. NOTA: per attività professionali, ai sensi del comma 1, lettera c) dell'art. 15 D.Lgs 33/2013, si intendono anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse. | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dal conferimento dell'incarico | |
| D.2.2 | | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | Art. 20, c. 3, d.Lgs. n. 39/2013 | (da pubblicare in tabelle) | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico | Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013) | Non applicabile | 15gg dal conferimento dell'incarico | link |
| D.2.3 | | | Art. 20, c. 3, d.Lgs. n. 39/2013 | | Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico | Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013) | Non applicabile | 15gg dal conferimento dell'incarico e al 31/12 di ogni anno | |
| D.2.4 | | | Art. 41, c 2, d.lgs. 33/2013 | | Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalle modifiche intervenute alle procedure | |
| D.2.5 | | | Art. 41, c 2, d.lgs. 33/2013 | | Bandi e avvisi di selezione e svolgimento delle relative procedure | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla esecutività delibera di nomina | |
| D.2.6 | | | Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001 | Posti di funzione disponibili | Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dalle modifiche intervenute | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|---|---|--|--|--|--|--|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| D.3.1 | | Posizioni organizzative | Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013 | Posizioni organizzative | Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla esecutività delibera di nomina | link |
| D.4.1 | | Dotazione organica | Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Conto annuale del personale | Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | 30/04 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |
| D.4.2 | | | Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Costo personale tempo indeterminato | Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) | 30/04 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |
| D.5.1 | | Personale non a tempo indeterminato | Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle) | Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | 30/04 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |
| D.5.2 | | | Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle) | Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico | Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) | Al termine del trimestre | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla fine del trimestre | link |
| D.6.1 | | Tassi di assenza | Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle) | Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale | Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Al termine del trimestre | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla fine del trimestre | link |
| D.7.1 | | Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) | Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 | Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle) | Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dal conferimento dell'incarico | link |
| D.8.1 | | Contrattazione collettiva | Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001 | Contrattazione collettiva | Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | Non applicabile perché si rimanda al portale ARAN | link |
| D.9.1 | | Contrattazione | Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Contratti integrativi | Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla disponibilità del documento | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|--|--|---|---|--|--|--|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| D.9.2 | | integrativa | Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009 | Costi contratti integrativi | Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica | Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009) | 30/04 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |
| D.10.1 | | OIV | Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013 | OIV (da pubblicare in tabelle) | Nominativi, Curricula, Compensi | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Triennale | 15gg dal conferimento dell'incarico | link |
| E.1.1 | Bandi di concorso | Bandi di concorso | Art. 19, d.lgs. n. 33/2013 | Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle) | Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | Tempestivo | link |
| F.1.1 | Performance | Sistema di misurazione e valutazione della Performance | Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010 | Sistema di misurazione e valutazione della Performance | Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009) | Tempestivo | Annuale | 15gg dall'aggiornamento del documento | link |
| F.2.1 | | Piano della Performance | Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013 | Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione | Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | 31/01 di ogni anno | 15gg dall'approvazione dell'atto | link |
| F.3.1 | | Relazione sulla Performance | | Relazione sulla Performance | Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | 30/06 di ogni anno | 15gg dall'approvazione dell'atto | link |
| F.4.1 | | Ammontare complessivo dei premi | Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle) | Ammontare complessivo dei premi stanziati | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | Entro 15 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale | link |
| F.4.2 | | | | | Ammontare dei premi effettivamente distribuiti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | Entro 15 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale (31/07) | link |
| F.5.1 | | | | | Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|--|--|---|---|--|---|--|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| F.5.2 | | Dati relativi ai premi | Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle) | Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale | link |
| F.5.3 | | | | | Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto | link |
| G.1.1 | | Enti pubblici vigilati | Art. 22, c. 1, lett. a), c. 2, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle) | <p>Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate</p> <p>Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione 3) durata dell'impegno 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio) 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari 7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio) Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente) Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati</p> | <p>Per le dichiarazioni inconfiribilità e incompatibilità: Tempestivo (art. 20, c.1-2, d.lgs. 39/2013)</p> <p>Per gli altri obblighi: Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> | Entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento (Vedi nota) | 15 gg dall'adozione dell'atto di ricognizione | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | Scadenze e link | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|---|--|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| G.2.1 | Enti controllati | Società partecipate | Art. 22, c. 1, lett. b), c. 2, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle) | <p>Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Per ciascuna delle società: 1) ragione sociale 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione 3) durata dell'impegno 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari 7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente) Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate</p> | <p>Per le dichiarazioni inconfiribilità e incompatibilità: Tempestivo (art. 20, c.1-2, d.lgs. 39/2013)</p> <p>Per gli altri obblighi: Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> | Entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento (Vedi nota) | 15 gg dall'adozione dell'atto di ricognizione | link |
| G.2.2 | | | Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013 | Provvedimenti | Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | 15 gg dall'adozione dell'atto | link |
| G.2.3 | | | Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016 | | Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | 15 gg dall'adozione dell'atto | link |
| G.2.4 | | | | | Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | 15 gg dall'adozione dell'atto | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|--|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| G.3.1 | | Enti di diritto privato controllati | Art. 22, c. 1, lett. c), c. 2, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 | Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle) | <p>Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate</p> <p>Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale 2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione 3) durata dell'impegno 4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione 5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante 6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari 7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente) Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente) Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati</p> | <p>Per le dichiarazioni inconfiribilità e incompatibilità: Tempestivo (art. 20, c.1-2, d.lgs. 39/2013)</p> <p>Per gli altri obblighi: Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> | Entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento (Vedi nota) | 15 gg dall'adozione dell'atto di ricognizione | link |
| G.4.1 | | Rappresentazione grafica | Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 | Rappresentazione grafica | Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati | Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento (Vedi nota) | 15 gg dall'adozione dell'atto di ricognizione | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | Scadenze e link | | | |
|---|--|---|---|---|--|--|--|---|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| H.1.1 | Attività e Procedimenti | Tipologie di procedimento | Art. 35, c. 1, lett. a)-m), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 29, l. 190/2012 | Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle) | <p>Per ciascuna tipologia di procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili 2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria 3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale 4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale 5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano 6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante 7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione 8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli 9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione 10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento 11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale <p>Per i procedimenti di istanza di parte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni 2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla modifica dei dati del procedimento | link |
| H.2.1 | | Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati | Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 | Recapiti dell'ufficio responsabile | Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla modifica dei dati relativi all'ufficio | link |
| I.1.1 | Provvedimenti | Provvedimenti organi indirizzo politico | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012 | Provvedimenti organi indirizzo politico | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sottosezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche. | Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Semestrale | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla fine del semestre | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | Scadenze e link | | | |
|---|--|---|--|--|---|--|--|---|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| I.2.1 | | Provvedimenti dirigenzi amministrativi | Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012 | Provvedimenti dirigenzi amministrativi | Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sottosezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche. | Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Semestrale | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla fine del semestre | link |
| L.1.1 | | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013; Art. 4 delib. Anac n. 39/2016 | Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190. Informazioni sulle singole procedure | Codice Identificativo Gara (CIG)/SmartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'aggiornamento dei dati | link |
| L.1.2 | | | Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016 | (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. | Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG)/smartCIG, struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate) | Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012) | 31/01 di ogni anno | 15gg dalla scadenza di legge | link |
| L.2.1 | | Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013; Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.M. MIT 14/2018, art. 5, commi 8 e 10 e art. 7, commi 4 e 10 | Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture | Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Comunicazione della mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici per assenza di lavori e comunicazione della mancata redazione del programma biennale degli acquisti di beni e servizi per assenza di acquisti (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 8 e art. 7, co. 4) Modifiche al programma triennale dei lavori pubblici e al programma biennale degli acquisti di beni e servizi (D.M. MIT 14/2018, art. 5, co. 10 e art. 7, co. 10) | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dalla esecutività delibera | link |
| | | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; DPCM n. 76/2018 | Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi e dibattito pubblico | Progetti di fattibilità relativi alle grandi opere infrastrutturali e di architettura di rilevanza sociale, aventi impatto sull'ambiente, sulle città e sull'assetto del territorio, nonché gli esiti della consultazione pubblica, comprensivi dei resoconti degli incontri e dei dibattiti con i portatori di interesse. I contributi e i resoconti sono pubblicati, con pari evidenza, unitamente ai documenti predisposti dall'amministrazione e relativi agli stessi lavori (art. 22, c. 1) Informazioni previste dal D.P.C.M. n. 76/2018 "Regolamento recante modalità di svolgimento, tipologie e soglie dimensionali delle opere sottoposte a dibattito pubblico" | Tempestivo | Non applicabile | 15 gg dall'adozione dell'atto | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|--|--|---|---|--|--|--|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| | | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Avvisi di preinformazione | <p>SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016</p> <p>SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016</p> | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Delibera a contrarre | Delibera a contrarre o atto equivalente | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016, d.m. MIT 2.12.2016 | Avvisi e bandi | <p>SETTORI ORDINARI-SOTTOSOGLIA Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC n.4) Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9) Avviso di costituzione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7 e Linee guida ANAC) Determina a contrarre ex art. 32, c. 2, con riferimento alle ipotesi ex art. 36, c. 2, lettere a) e b)</p> <p>SETTORI ORDINARI- SOPRASOGLIA Avviso di preinformazione per l'indizione di una gara per procedure ristrette e procedure competitive con negoziazione (amministrazioni subcentrali) (art. 70, c. 2 e 3) Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1 e 4) Bandi di gara o avvisi di preinformazione per appalti di servizi di cui all'allegato IX (art. 142, c. 1) Bandi di concorso per concorsi di progettazione (art. 153) Bando per il concorso di idee (art. 156)</p> <p>SETTORI SPECIALI Bandi e avvisi (art. 127, c. 1) Per procedure ristrette e negoziate- Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 3) Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 128, c. 1) Bandi di gara e avvisi (art. 129, c. 1) Per i servizi sociali e altri servizi specifici- Avviso di gara, avviso periodico indicativo, avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione (art. 140, c. 1) Per i concorsi di progettazione e di idee - Bando (art. 141, c. 3)</p> <p>SPONSORIZZAZIONI Avviso con cui si rende nota la ricerca di sponsor o l'avvenuto ricevimento di</p> | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021 | Procedure negoziate afferenti agli investimenti pubblici finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR e dal PNC e dai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione europea | Evidenza dell'avvio delle procedure negoziate (art. 63 e art.125) ove le S.A. vi ricorrono quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da circostanze imprevedibili, non imputabili alla stazione appaltante, l'applicazione dei termini, anche abbreviati, previsti dalle procedure ordinarie può compromettere la realizzazione degli obiettivi o il rispetto dei tempi di attuazione di cui al PNRR nonché al PNC e ai programmi cofinanziati dai fondi strutturali dell'Unione Europee | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Commissione giudicatrice | Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti. | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | Scadenze e link | | | |
|---|--|--|--|--|---|---|---|--|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| L.3.1 | Bandi di gara e contratti | Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016 I dati si devono riferire a ciascuna procedura contrattuale in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti alla fase di esecuzione | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Avvisi relativi all'esito della procedura | <p>SETTORI ORDINARI- SOTTOSOGLIA Avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, lett. b), c), c-bis). Per le ipotesi di cui all'art. 36, c. 2, lett. b) tranne nei casi in cui si procede ad affidamento diretto tramite determina a contrarre ex articolo 32, c. 2 Pubblicazione facoltativa dell'avviso di aggiudicazione di cui all'art. 36, co. 2, lett. a) tranne nei casi in cui si procede ai sensi dell'art. 32, co. 2</p> <p>SETTORI ORDINARI-SOPRASOGLIA Avviso di appalto aggiudicato (art. 98) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi di cui all'allegato IX eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 153, c. 2)</p> <p>SETTORI SPECIALI Avviso relativo agli appalti aggiudicati (art. 129, c. 2 e art. 130) Avviso di aggiudicazione degli appalti di servizi sociali e di altri servizi specifici eventualmente raggruppati su base trimestrale (art. 140, c. 3) Avviso sui risultati del concorso di progettazione (art. 141, c. 2)</p> | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente) | Avviso sui risultati della procedura di affidamento diretto (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023) | Per gli affidamenti diretti per lavori di importo inferiore a 150.000 euro e per servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo inferiore a 139.000 euro: pubblicazione dell'avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati (non obbligatoria per affidamenti inferiori ad euro 40.000) | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente) | Avviso di avvio della procedura e avviso sui risultati della aggiudicazione di procedure negoziate senza bando (ove la determina a contrarre o atto equivalente sia adottato entro il 30.6.2023) | Per l'affidamento di servizi e forniture, ivi compresi i servizi di ingegneria e architettura e l'attività di progettazione, di importo pari o superiore a 139.000 euro e fino alle soglie comunitarie e di lavori di importo pari o superiore a 150.000 euro e inferiore a un milione di euro: pubblicazione di un avviso che evidenzia l'avvio della procedura negoziata e di un avviso sui risultati della procedura di affidamento con l'indicazione dei soggetti invitati | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Verbal delle commissioni di gara | Verbal delle commissioni di gara (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali). | Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure | Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure | 15 gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, c. 1, d.lgs. 50/2016 | Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC | Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile prodotto al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta da parte degli operatori economici tenuti, ai sensi dell'art. 46, del d.lgs. n. 198/2006 alla sua redazione (operatori che occupano oltre 50 dipendenti)(art. 47, c. 2, d.l. 77/2021) | Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure | Successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure | 15gg dalla disponibilità del dato | link |
| | | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Contratti | Solo per gli affidamenti sopra soglia e per quelli finanziati con risorse PNRR e fondi strutturali, testo dei contratti e dei successivi accordi modificativi e/o interpretativi degli stessi (fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 e nel rispetto dei limiti previsti in via generale dal d.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. in materia di dati personali). | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | Scadenze e link | | | |
|---|--|--|--|---|---|---|--|--|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| | | | D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016 | Collegi consultivi tecnici | Composizione del CCT, curricula e compenso dei componenti. | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | Art. 47, c.2, 3, 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016 | Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e nel PNC | Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A. dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021) | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | Art. 47, co. 3-bis e co. 9, d.l. 77/2021 e art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016 | | Publicazione da parte della S.A. della certificazione di cui all'articolo 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza di presentazione delle offerte e consegnati alla S.A. entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti) | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Fase esecutiva | Fatte salve le esigenze di riservatezza ai sensi dell'art. 53, ovvero dei documenti secretati ai sensi dell'art. 162 del d.lgs. 50/2016, i provvedimenti di approvazione ed autorizzazione relativi a: - modifiche soggettive - varianti - proroghe - rinnovi - quinto d'obbligo - subappalti (in caso di assenza del provvedimento di autorizzazione, pubblicazione del nominativo del subappaltatore, dell'importo e dell'oggetto del contratto di subappalto). Certificato di collaudo o regolare esecuzione Certificato di verifica conformità Accordi bonari e transazioni Atti di nomina del: direttore dei lavori/direttore dell'esecuzione/componenti delle commissione di collaudo | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione | Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione. Il resoconto deve contenere, per ogni singolo contratto, almeno i seguenti dati: data di inizio e conclusione dell'esecuzione, importo del contratto, importo complessivo liquidato, importo complessivo dello scostamento, ove si sia verificato (scostamento positivo o negativo). | Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente | 31/12 di ogni anno | 15gg dall'adozione dell'atto | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | Scadenze e link | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|--|--|--|----------------------|------------------------------|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link | | |
| | | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; | Concessioni e partenariato pubblico privato | Tutti gli obblighi di pubblicazione elencati nel presente allegato sono applicabili anche ai contratti di concessione e di partenariato pubblico privato, <u>in quanto compatibili</u> , ai sensi degli artt. 29, 164, 179 del d.lgs. 50/2016. Con riferimento agli avvisi e ai bandi si richiamano inoltre: Bando di concessione, invito a presentare offerte (art. 164, c. 2, che rinvia alle disposizioni contenute nella parte I e II del d.lgs. 50/2016 anche relativamente alle modalità di pubblicazione e redazione dei bandi e degli avvisi) Nuovo invito a presentare offerte a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Nuovo bando di concessione a seguito della modifica dell'ordine di importanza dei criteri di aggiudicazione (art. 173, c. 3) Bando di gara relativo alla finanza di progetto (art. 183, c. 2) Bando di gara relativo alla locazione finanziaria di opere pubbliche o di pubblica utilità (art. 187) Bando di gara relativo al contratto di disponibilità (art. 188, c. 3) | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link | | |
| | | | | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 | Affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile | Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10) | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | | | Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016; | Affidamenti in house | Tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti nell'ambito del settore pubblico (art. 192, c. 1 e 3) | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | | | Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016 | Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni | <u>Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione</u> Elenco degli operatori economici iscritti in un elenco ufficiale (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) Elenco degli operatori economici in possesso del certificato rilasciato dal competente organismo di certificazione (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016) | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| | | | | | Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020. | Progetti di investimento pubblico | <u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale | Annuale | 31/12 di ogni anno | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| M.1.1 | | Criteri e modalità | Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Criteri e modalità | Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dall'aggiornamento della normativa o dall'adozione dell'atto | link | | |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|---|---|---|--|--|---|---|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| M.2.1 | Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici | Atti di concessione | Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 27, c. 1, lett. a-f, d.lgs. n. 33/2013 | Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013) | Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario 2) importo del vantaggio economico corrisposto 3) norma o titolo a base dell'attribuzione 4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo 5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario 6) link al progetto selezionato 7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato | Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | Tempestivo e comunque prima della liquidazione delle somme oggetto del provvedimento (Art. 26 c. 3 DLgs 33/2013 e Delib. ANAC n.468/2021) | link |
| M.2.2 | | | Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro | Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) | 31/12 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link | |
| N.1.1 | Bilanci | Bilancio preventivo e consuntivo | Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011 | Bilancio preventivo | Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche. | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | 31/12 di ogni anno (Vedi nota) | 15gg dall'approvazione del bilancio preventivo | link |
| N.1.2 | | | Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016 | Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | 31/12 di ogni anno (Vedi nota) | 15gg dall'approvazione del bilancio preventivo | link | |
| N.1.3 | | | Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011 | Bilancio consuntivo | Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | 30/04 di ogni anno (Vedi nota) | 15gg dall'approvazione del bilancio consuntivo | link |
| N.1.4 | | | Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016 | Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo. | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | 30/04 di ogni anno (Vedi nota) | 15gg dall'approvazione del bilancio consuntivo | link | |
| N.2.1 | | Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio | Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011 | Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio | Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Obbligo non applicabile alle Aziende Sanitarie in attesa dei decreti attuativi previsti dal D.Lgs. 118/2011 | Obbligo non applicabile alle Aziende Sanitarie in attesa dei decreti attuativi previsti dal D.Lgs. 118/2011 | link |
| O.1.1 | Beni immobili e | Patrimonio immobiliare | Art. 30, d.lgs. n. 33/2013 | Patrimonio immobiliare | Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | 30/04 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità delle informazioni e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|--|----------------------------------|---|---|--|--|---|--|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| O.2.1 | gestione patrimonio | Canoni di locazione o affitto | Art. 30, d.lgs. n. 33/2013 | Canoni di locazione o affitto | Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | 30/04 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |
| P.1.1 | Controlli e rilievi sull'amministrazione | Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Art. 31, d.lgs. n. 33/2013 | Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione | Annuale e in relazione a delibere A.N.AC. | Annuale e in relazione a delibere A.N.AC. | 15gg dalla disponibilità dell'attestazione comunque non oltre 15gg dalla scadenza prevista da ANAC | link |
| P.1.2 | | | | | Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009) | Tempestivo | 30/06 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità del documento di validazione e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |
| P.1.3 | | | | | Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009) | Tempestivo | Non applicabile | 15gg da eventuali modifiche alla situazione attuale | link |
| P.1.4 | | | | | Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla disponibilità dell'atto | link |
| P.2.1 | | Organi di revisione amministrativa e contabile | Art. 31, d.lgs. n. 33/2013 | Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile | Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | 31/12 di ogni anno 30/04 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità della relazione e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |
| P.3.1 | | Corte dei conti | | | Rilievi Corte dei conti | Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla disponibilità del documento |
| Q.1.1 | | Carta dei servizi e standard di qualità | Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 | Carta dei servizi e standard di qualità | Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Ogni 3/5 anni entro la scadenza della precedente Carta dei Servizi | 15gg dalla disponibilità del documento | link |
| Q.2.1 | | Class action | Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 | Class action | Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dalla disponibilità del documento | link |
| Q.2.2 | | | | | Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 | Class action | Sentenza di definizione del giudizio | Tempestivo | Non applicabile |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|---|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| Q.2.3 | Servizi erogati | | Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009 | | Misure adottate in ottemperanza alla sentenza | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dalla disponibilità del documento | link |
| Q.3.1 | | Costi contabilizzati | Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013 | Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle) | Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo | Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013) | 31/05 di ogni anno | Entro 15 gg dalla pubblicazione della Delibera Aziendale di adozione del Bilancio d'esercizio dell'anno di riferimento del modello LA | link |
| Q.4.1 | | Liste di attesa | Art. 41, c. 6., d.lgs. 33/2013 | Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle) | Criteria di formazione delle liste di attesa | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15 gg dall'adozione dell'atto | link |
| Q.4.2 | | | | | Tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | Entro 15 dalla disponibilità del dato | link |
| Q.5.1 | | Servizi in rete | Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16 | Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete | Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete | Tempestivo | Non applicabile | Entro 15 dalla disponibilità del dato | link |
| R.1.1 | | Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale | Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 | Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle) | Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari | Trimestrale | Trimestrale | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla fine del trimestre | link |
| R.2.1 | Pagamenti dell'Amministrazione | Indicatore di tempestività dei pagamenti | Art. 33, d.lgs. n. 33/2013 | Indicatore di tempestività dei pagamenti | Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti) | Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | 31/12 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |
| R.2.2 | | | | Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti | Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti | Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Trimestrale | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla fine del trimestre | link |
| R.2.3 | | | | Ammontare complessivo dei debiti | Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici | Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | 31/12 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | Scadenze e link | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|--|----------------------|
| | Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| R.3.1 | | IBAN e pagamenti informatici | Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005 | IBAN e pagamenti informatici | Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Tempestivo | 15gg dall'aggiornamento dei dati | link |
| S.1.1 | Opere pubbliche | Atti di programmazione delle opere pubbliche | Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016 | Atti di programmazione delle opere pubbliche | Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri) | Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | Non applicabile | link |
| S.2.1 | | Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche | Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. | Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate | Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla disponibilità del dato | link |
| S.2.2 | | | Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione) | Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate | Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla disponibilità del dato | link |
| T.1.1 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali | Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali: | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla modifica dei dati pubblicati | link |
| T.1.2 | | | | Stato dell'ambiente | 1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla modifica dei dati pubblicati | link |
| T.1.3 | | | | Fattori inquinanti | 2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla modifica dei dati pubblicati | link |
| T.1.4 | | | | Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto | 3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla modifica dei dati pubblicati | link |
| T.1.5 | | | | Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto | 4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla modifica dei dati pubblicati | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|--|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| T.1.6 | | | | Relazioni sull'attuazione della legislazione | 5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla modifica dei dati pubblicati | link |
| T.1.7 | | | | Stato della salute e della sicurezza umana | 6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dalla modifica dei dati pubblicati | link |
| T.1.8 | | | | Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio | Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Competenza del Ministero | Competenza del Ministero | link |
| U.1.1 | Strutture sanitarie private accreditate | Strutture sanitarie private accreditate | Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013 | Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle) | Elenco delle strutture sanitarie private accreditate | Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | Non applicabile | link |
| U.1.2 | | | | | Accordi intersorsi con le strutture private accreditate | Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) | 31/12 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | | Art. 42, c. 1, lett. a-c), d.lgs. n. 33/2013 | Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle) | Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione | Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| Z.1.1 | Prevenzione della Corruzione | | Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) | Annuale | 31/01 di ogni anno | 15gg dalla esecutività delibera e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge salvo proroghe ANAC | link |
| Z.1.2 | | | | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto di nomina | link |
| Z.1.3 | | | | Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità | Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati) | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dall'adozione dell'atto | link |
| Z.1.4 | | | | Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno) | Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012) | 15/12 di ogni anno salvo proroghe ANAC | 15gg dalla disponibilità della relazione e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge salvo proroghe ANAC | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|--|---|--|---|--|--|---|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| Z.1.5 | Altri contenuti | | Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012 | Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti | Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dal provvedimento | link |
| Z.1.6 | | | Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013 | Atti di accertamento delle violazioni | Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013 | Tempestivo | Non applicabile | 15 gg dall'adozione dell'atto | link |
| Z.2.1 | | Accesso civico | Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90 | Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria | Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dalla modifica delle informazioni | link |
| Z.2.2 | | | Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 | Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori | Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dalla modifica delle informazioni | link |
| Z.2.3 | | | Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016) | Registro degli accessi | Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione | Semestrale | Trimestrale per Regolamento aziendale | 15gg dalla scadenza del trimestre | link |
| Z.3.1 | | Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati | Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16 | Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati | Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID | Tempestivo | Non applicabile | 15gg dalla modifica delle informazioni | link |
| Z.3.2 | | Regolamenti | Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005 | Regolamenti | Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria | Annuale | 31/12 di ogni anno | 15gg dalla scadenza di legge | link |
| Z.3.3 | | Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare | Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla l. 17 | Obiettivi di accessibilità | Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) | Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012) | 31/03 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |

TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

| Collegamento con tabella 2 – Monitoraggio | Descrizione dell'obbligo | | | | | | Scadenze e link | | |
|---|--|--|---|---|--|--|--|---|----------------------|
| | Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie) | Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati) | Riferimento normativo | Denominazione del singolo obbligo | Contenuti dell'obbligo | Tempistiche di aggiornamento stabilite da ANAC | Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione | Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione | Link |
| Z.3.4 | | | Decreto del Presidente del Consiglio del 27 dicembre 2012, n. 221 | rendimento dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.) | Stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione | Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012) | 31/03 di ogni anno | 15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge | link |
| Z.4.1 | | | | | Autovetture di servizio ai sensi del DPCM del 25/09/2014 | Non previsto | 31/12 di ogni anno (art. 4 DPCM 25/9/2014) | 15gg dalla scadenza di legge | link |
| Z.4.2 | | | | Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate | Avvisi di sponsorizzazione per eventi formativi inclusi nel PAF. Esiti dell'indicazione dello/degli sponsor collegati agli eventi e descrizione del contributo di ognuno di essi | Non previsto | Non applicabile | Tempestivo | link |
| Z.4.3 | | Dati ulteriori | Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012 art. 4 DPCM 25/9/2014 Delibera GRT n. 153 del 11-02-2019 All. 3 | (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013) | Risarcimento danni e Legge 8 marzo 2017 n. 24 | Non previsto | 31/12 di ogni anno (vedi nota) | 15gg dalla scadenza di legge | link |
| Z.4.4 | | | | | Dati relativi ai rapporti di finanziamento tra imprese farmaceutiche e operatori e organizzazioni del SSN | Non previsto | Non applicabile | Non applicabile | link |
| Z.4.5 | | | | | Atti relativi alle procedure di affidamento agli Enti del terzo settore e altri Avvisi | Non previsto | Non applicabile | 15 gg dall'adozione dell'atto | link |
| Z.4.6 | | | | | Accesso documentale | Non previsto | Tempestivo | Tempestivo | link |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|--|--|---|--|-------------------------------------|---|--|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| A.1.1 | Disposizioni generali | PTPCT | PTPCT | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Anticorruzione e Trasparenza | Leonardo Pasquini a.i. |
| A.2.1 | Disposizioni generali | Atti generali | Riferimenti normativi su organizzazione e attività | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| A.2.2 | Disposizioni generali | Atti generali | Atti amministrativi generali (Regolamenti) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| A.2.2 | Disposizioni generali | Atti generali | Atti amministrativi generali (Atti di organizzazione) | Staff della Direzione Generale | Valerio Mari | SOC Organizzazione e progetti tecnologici | Valerio Mari |
| A.2.3 | Disposizioni generali | Atti generali | Documenti di programmazione strategico-gestionale (PIAO) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| A.2.3 | Disposizioni generali | Atti generali | Documenti di programmazione strategico-gestionale (Piano del fabbisogno triennale del personale) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR | Ginevra Occhiolini |
| A.2.3 | Disposizioni generali | Atti generali | Documenti di programmazione strategico-gestionale (Piano della formazione) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Formazione | Manuela Marucci |
| A.2.3 | Disposizioni generali | Atti generali | Documenti di programmazione strategico-gestionale (Piano annuale obiettivi di attività/budget) | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOC Controlling | Valeria Zaccarelli |
| A.2.3 | Disposizioni generali | Atti generali | Documenti di programmazione strategico-gestionale (Piano triennale performance Bilancio di Previsione e programmazione triennale Piano investimenti ed eventuali rimodulazioni) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Anticorruzione e Trasparenza | Leonardo Pasquini a.i. |
| A.2.4 | Disposizioni generali | Atti generali | Statuti e leggi regionali | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| A.2.5 | Disposizioni generali | Atti generali | Codice disciplinare e codice di condotta (Codice disciplinare) | Staff della Direzione Generale | Valerio Mari | Ufficio Procedimenti Disciplinari | Gianclaudio Pais |
| A.2.5 | Disposizioni generali | Atti generali | Codice disciplinare e codice di condotta (Codice di comportamento) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Anticorruzione e Trasparenza | Leonardo Pasquini a.i. |
| A.3.1 | Disposizioni generali | Oneri informativi per cittadini e imprese | Scadenario obblighi amministrativi | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Anticorruzione e Trasparenza | Leonardo Pasquini a.i. |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|--|---|--|---|-------------------------------------|---|--|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| B.1.1 | Organizzazione | Articolazione degli uffici | Articolazione degli uffici, competenze di ogni ufficio e nome dirigente responsabile | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | Area Amministrazione del Personale | Michele Clemente |
| B.1.2 | Organizzazione | Articolazione degli uffici | Organigramma (Illustrazione semplificata) | Staff della Direzione Generale | Valerio Mari | SOC Organizzazione e progetti tecnologici | Valerio Mari |
| B.1.3 | Organizzazione | Articolazione degli uffici | Organigramma (Nome dei dirigenti responsabili) | Staff della Direzione Generale | Valerio Mari | SOC Organizzazione e progetti tecnologici | Valerio Mari |
| B.2.1 | Organizzazione | Telefono e posta elettronica | Telefono e posta elettronica (Indirizzi PEC aziendali) | Staff della Direzione Generale | Valerio Mari | SOC Organizzazione e progetti tecnologici | Valerio Mari |
| B.2.1 | Organizzazione | Telefono e posta elettronica | Telefono e posta elettronica (numeri telefonici URP e principali presidi ospedalieri e territoriali) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC CUP – Call Center SOS URP e tutela | Leonardo Pasquini |
| C.1.1 | Consulenti e collaboratori | Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza | Consulenti e collaboratori (Incarichi di collaborazione) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR | Ginevra Occhiolini |
| C.1.1 | Consulenti e collaboratori | Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza | Consulenti e collaboratori (Collegio sindacale) | Direzione Amministrativa | Lorenzo Pescini | Direzione Amministrativa | Lorenzo Pescini |
| C.1.1 | Consulenti e collaboratori | Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza | Consulenti e collaboratori (CTP) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari legali e avvocatura | Paolo Federigi |
| D.1.1 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (DG/DA/DS/DSS) | Incarichi amministrativi di vertice (Atti di conferimento e dati art. 15 del D.Lgs. 33/2013) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|--|---|---|----------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| D.1.1 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (DG/DA/DS/DSS) | Incarichi amministrativi di vertice (Compensi) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione complessiva delle variabili | Michele Clemente |
| D.1.2 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (DG/DA/DS/DSS) | Incarichi amministrativi di vertice (Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| D.1.3 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (DG/DA/DS/DSS) | Incarichi amministrativi di vertice (Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| D.1.4 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (DG/DA/DS/DSS) | Incarichi amministrativi di vertice (Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| D.1.5 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (DG/DA/DS/DSS) | Incarichi amministrativi di vertice (Bandi e avvisi di selezione e svolgimento delle relative Procedure) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| D.2.1 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | Incarichi di Direttore di Dipartimento, di Struttura Semplice e di Struttura Complessa (Atti di conferimento e dati art. 15 del D.Lgs. 33/2013 per tutti i dirigenti) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| D.2.1 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | Incarichi di Direttore di Dipartimento, di Struttura Semplice e di Struttura Complessa (Compensi) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione complessiva delle variabili | Michele Clemente |
| D.2.1 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | Incarichi di Direttore di Dipartimento, di Struttura Semplice e di Struttura Complessa (Struttura Complessa (Atti di conferimento e dati art. 15 del D.Lgs. 33/2013 per tutti i dirigenti autorizzati alla Libera Professione Intramuraria) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOS Libera professione | Responsabilità non assegnata |
| D.2.2 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | Incarichi di Direttore di Dipartimento, di Struttura Semplice e di Struttura Complessa (Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità Dirigenti PTA) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|--|---|--|----------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| D.2.3 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | Incarichi di Direttore di Dipartimento, di Struttura Semplice e di Struttura Complessa (Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità Dirigenti PTA) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| D.2.4 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | Incarichi di Direttore di Dipartimento, di Struttura Semplice e di Struttura Complessa (Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| D.2.5 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | Incarichi di Direttore di Dipartimento, di Struttura Semplice e di Struttura Complessa (Bandi e avvisi di selezione e svolgimento delle relative Procedure) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| D.2.6 | Personale | Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) | Posti di funzione disponibili | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| D.3.1 | Personale | Posizioni organizzative | Posizioni organizzative | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| D.4.1 | Personale | Dotazione organica | Conto annuale del personale | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione complessiva delle variabili | Michele Clemente |
| D.4.2 | Personale | Dotazione organica | Costo personale tempo indeterminato | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione complessiva delle variabili | Michele Clemente |
| D.5.1 | Personale | Personale non a tempo indeterminato | Personale non a tempo indeterminato | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione complessiva delle variabili | Michele Clemente |
| D.5.2 | Personale | Personale non a tempo indeterminato | Costo del personale non a tempo indeterminato | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione complessiva delle variabili | Michele Clemente |
| D.6.1 | Personale | Tassi di assenza | Tassi di assenza trimestrali | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione complessiva delle variabili | Michele Clemente |
| D.7.1 | Personale | Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) | Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Trattamento giuridico e previdenza | Michele Clemente |
| D.8.1 | Personale | Contrattazione collettiva | Contrattazione collettiva | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| D.9.1 | Personale | Contrattazione integrativa | Contratti integrativi | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| D.9.2 | Personale | Contrattazione integrativa | Costi contratti integrativi | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione complessiva delle variabili | Michele Clemente |
| D.10.1 | Personale | OIV | OIV (Nominativi, CV, Compensi) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| E.1.1 | Bandi di concorso | Bandi di concorso | Bandi di concorso | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR | Ginevra Occhiolini |
| F.1.1 | Performance | Sistema di misurazione e valutazione della Performance | Sistema di misurazione e valutazione della Performance | Staff della Direzione Sanitaria | Alessandro Sergi | SOC Monitoraggio e programmazione performance clinico-assistenziale Pistoia, Prato ed Empoli e relazioni con agenzie esterne SOS Monitoraggio e programmazione performance clinico-assistenziale Firenze | Alessandro Sergi Donato Papini |
| F.2.1 | Performance | Piano della Performance | Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione | Staff della Direzione Sanitaria | Alessandro Sergi | SOC Monitoraggio e programmazione performance clinico-assistenziale Pistoia, Prato ed Empoli e relazioni con agenzie esterne SOS Monitoraggio e programmazione performance clinico-assistenziale Firenze | Alessandro Sergi Donato Papini |
| F.3.1 | Performance | Relazione sulla Performance | Relazione sulla Performance | Staff della Direzione Sanitaria | Alessandro Sergi | SOC Monitoraggio e programmazione performance clinico-assistenziale Pistoia, Prato ed Empoli e relazioni con agenzie esterne SOS Monitoraggio e programmazione performance clinico-assistenziale Firenze | Alessandro Sergi Donato Papini |
| F.4.1 | Performance | Ammontare complessivo dei premi | Ammontare complessivo dei premi (Collegati alla performance stanziati) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| F.4.2 | Performance | Ammontare complessivo dei premi | Ammontare complessivo dei premi (Effettivamente distribuiti) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione complessiva delle variabili | Michele Clemente |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|--|--|--|---|-------------------------------------|---|--|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| F.5.1 | Performance | Dati relativi ai premi | Dati relativi ai premi (Criteri) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| F.5.2 | Performance | Dati relativi ai premi | Dati relativi ai premi (Distribuzione) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| F.5.3 | Performance | Dati relativi ai premi | Dati relativi ai premi (Grado di differenziazione) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche e Relazioni Sindacali | Arianna Tognini |
| G.1.1 | Enti controllati | Enti pubblici vigilati | Enti pubblici vigilati | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | SOC Patrimonio | Guido Bilello |
| G.2.1 | Enti controllati | Società partecipate | Dati società partecipate | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | SOC Patrimonio | Guido Bilello |
| G.2.2 | Enti controllati | Società partecipate | Provvedimenti (In materia di costituzione, acquisto, etc.) | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | SOC Patrimonio | Guido Bilello |
| G.2.3 | Enti controllati | Società partecipate | Provvedimenti (Per fissare gli obiettivi di spesa) | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | SOC Patrimonio | Guido Bilello |
| G.2.4 | Enti controllati | Società partecipate | Provvedimenti (Per garantire gli obiettivi di spesa) | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | SOC Patrimonio | Guido Bilello |
| G.3.1 | Enti controllati | Enti di diritto privato controllati | Enti di diritto privato controllati | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | SOC Patrimonio | Guido Bilello |
| G.4.1 | Enti controllati | Rappresentazione grafica | Rappresentazione grafica | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | SOC Patrimonio | Guido Bilello |
| H.1.1 | Attività e Procedimenti | Tipologie di procedimento | Tipologie di procedimento | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Acquisizione beni e servizi | Mariateresa Asquino |
| H.1.1 | Attività e Procedimenti | Tipologie di procedimento | Tipologie di procedimento | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari legali e avvocatura | Paolo Federigi |
| H.1.1 | Attività e Procedimenti | Tipologie di procedimento | Tipologie di procedimento | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni | Claudia Dami |
| H.1.1 | Attività e Procedimenti | Tipologie di procedimento | Tipologie di procedimento | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| H.1.1 | Attività e Procedimenti | Tipologie di procedimento | Tipologie di procedimento | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR SOC Formazione | Ginevra Occhiolini Manuela Maruccci |
| H.1.1 | Attività e Procedimenti | Tipologie di procedimento | Tipologie di procedimento | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP coinvolti |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|--|---|--|--|-------------------------------------|---|---|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| H.1.1 | Attività e Procedimenti | Tipologie di procedimento | Tipologie di procedimento | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP coinvolti |
| H.1.1 | Attività e Procedimenti | Tipologie di procedimento | Tipologie di procedimento | Dipartimento del Decentramento | Rita Bonciani | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP coinvolti |
| H.1.1 | Attività e Procedimenti | Tipologie di procedimento | Tipologie di procedimento | Dipartimento della Prevenzione | Renzo Berti | Dipartimento della Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro | Renzo Berti Giorgio Garofalo Luca Cianti Luigi Mauro |
| H.2.1 | Attività e Procedimenti | Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati | Recapiti dell'ufficio responsabile | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| I.1.1 | Provvedimenti | Provvedimenti organi indirizzo politico | Provvedimenti organi indirizzo politico | Staff della Direzione Generale | Valerio Mari | SOC Organizzazione e progetti tecnologici | Valerio Mari |
| I.2.1 | Provvedimenti | Provvedimenti dirigenti amministrativi | Provvedimenti dirigenti amministrativi | Staff della Direzione Generale | Valerio Mari | SOC Organizzazione e progetti tecnologici | Valerio Mari |
| L.1.1 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato tabellare) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| L.1.1 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato tabellare) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Acquisizione beni e servizi | Mariateresa Asquino |
| L.1.1 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato tabellare) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari legali e avvocatura | Paolo Federigi |
| L.1.1 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato tabellare) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni | Claudia Dami |
| L.1.1 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato tabellare) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione Risorse Umane | Michele Clemente |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|--|---|---|---|-------------------------------------|---|--|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| L.1.1 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato tabellare) | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| L.1.1 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato tabellare) | Dipartimento del Decentramento | Rita Bonciani | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| L.1.1 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato tabellare) | Dipartimento Servizio Sociale | Rossella Boldrini | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| L.1.1 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato xml) | ESTAR | ESTAR | ESTAR | ESTAR |
| L.1.2 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato xml) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| L.1.2 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato xml) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Acquisizione beni e servizi | Mariateresa Asquino |
| L.1.2 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato xml) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari legali e avvocatura | Paolo Federigi |
| L.1.2 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato xml) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni | Claudia Dami |
| L.1.2 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato xml) | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione Risorse Umane | Michele Clemente |
| L.1.2 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato xml) | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| L.1.2 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato xml) | Dipartimento del Decentramento | Rita Bonciani | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| L.1.2 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato xml) | Dipartimento Servizio Sociale | Rossella Boldrini | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| L.1.2 | Bandi di gara e contratti | Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare | Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato xml) | ESTAR | ESTAR | ESTAR | ESTAR |
| L.2.1 | Bandi di gara e contratti | Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture | Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Acquisizione beni e servizi | Mariateresa Asquino |
| L.2.1 | Bandi di gara e contratti | Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture | Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | SOC Pianificazione, investimenti e progetti speciali | Non assegnata |
| L.2.1 | Bandi di gara e contratti | Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture | Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture | ESTAR | ESTAR | ESTAR | ESTAR |
| L.3.1 | Bandi di gara e contratti | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|---|--|--|--|-------------------------------------|---|---|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| L.3.1 | Bandi di gara e contratti | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Acquisizione beni e servizi | Mariateresa Asquino |
| L.3.1 | Bandi di gara e contratti | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari legali e avvocatura | Paolo Federigi |
| L.3.1 | Bandi di gara e contratti | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni | Claudia Dami |
| L.3.1 | Bandi di gara e contratti | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | Area Amministrazione del Personale | Michele Clemente |
| L.3.1 | Bandi di gara e contratti | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| L.3.1 | Bandi di gara e contratti | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Dipartimento del Decentramento | Rita Bonciani | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| L.3.1 | Bandi di gara e contratti | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Atti relativi alle procedure per l'affidamento | Dipartimento Servizio Sociale | Rossella Boldrini | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| M.1.1 | Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici | Criteria e modalità | Criteria e modalità | Dipartimento del Decentramento | Rita Bonciani | SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Firenze – Empoli SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Prato – Pistoia SOC Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione | Annalisa Ghiribelli Cristina Maggini Ferdinando Milicia |
| M.2.1 | Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici | Atti di concessione | Atti di concessione (Tabella atti) | Dipartimento del Decentramento | Rita Bonciani | SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Firenze – Empoli SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Prato – Pistoia SOC Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione | Annalisa Ghiribelli Cristina Maggini Ferdinando Milicia |
| M.2.2 | Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici | Atti di concessione | Atti di concessione (Tabella riassuntiva) | Dipartimento del Decentramento | Rita Bonciani | SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Firenze – Empoli SOS Servizi Amm.vi per territorio e sociale - Prato – Pistoia SOC Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione | Annalisa Ghiribelli Cristina Maggini Ferdinando Milicia |
| N.1.1 | Bilanci | Bilancio preventivo e consuntivo | Bilancio preventivo (Integrale e sintetico) | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOC Budget e monitoraggio costi | Valeria Favata |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|---|--|---|--|-------------------------------------|---|--|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| N.1.2 | Bilanci | Bilancio preventivo e consuntivo | Bilancio preventivo (Dati entrate e spese) | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOC Budget e monitoraggio costi | Valeria Favata |
| N.1.3 | Bilanci | Bilancio preventivo e consuntivo | Bilancio consuntivo (Integrale e sintetico) | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOC Contabilità generale | Antonio Campostrini |
| N.1.4 | Bilanci | Bilancio preventivo e consuntivo | Bilancio consuntivo (Dati entrate e spese) | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOC Contabilità generale | Antonio Campostrini |
| N.2.1 | Bilanci | Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio | Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOC Contabilità generale | Antonio Campostrini |
| O.1.1 | Beni immobili e gestione patrimonio | Patrimonio immobiliare | Patrimonio immobiliare (Informazioni identificative) | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | SOC Patrimonio | Guido Bilello |
| O.2.1 | | Canoni di locazione o affitto | Canoni di locazione o affitto | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | SOC Patrimonio | Guido Bilello |
| P.1.1 | Controlli e rilievi sull'amministrazione | Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe (Attestazione OIV) | OIV | OIV | OIV | OIV |
| P.1.2 | Controlli e rilievi sull'amministrazione | Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe (Validazione relazione performance) | OIV | OIV | OIV | OIV |
| P.1.3 | Controlli e rilievi sull'amministrazione | Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe (Relazione sul sistema dei controlli interni) | OIV | OIV | OIV | OIV |
| P.1.4 | Controlli e rilievi sull'amministrazione | Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe | Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe (Altri atti) | OIV | OIV | OIV | OIV |
| P.2.1 | Controlli e rilievi sull'amministrazione | Organi di revisione amministrativa e contabile | Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| P.3.1 | Controlli e rilievi sull'amministrazione | Corte dei conti | Rilievi Corte dei conti | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| Q.1.1 | Servizi erogati | Carta dei servizi e standard di qualità | Carta dei servizi e standard di qualità | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS URP e Tutela | Leonardo Pasquini a.i. |
| Q.2.1 | Servizi erogati | Class action | Class action (Notizie del ricorso in giudizio) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari legali e avvocatura | Paolo Federigi |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|--|---|--|--|-------------------------------------|--|--|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| Q.2.2 | Servizi erogati | Class action | Class action (Sentenze) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari legali e avvocatura | Paolo Federigi |
| Q.2.3 | Servizi erogati | Class action | Class action (Misure adottate) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari legali e avvocatura | Paolo Federigi |
| Q.3.1 | Servizi erogati | Costi contabilizzati | Costi contabilizzati | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOC Contabilità analitica | Sandro Signorini |
| Q.4.1 | Servizi erogati | Liste di attesa | Liste di attesa (Criteri di formazione) | Staff della Direzione Sanitaria | Alessandro Sergi | Staff della Direzione Sanitaria | Alessandro Sergi |
| Q.4.2 | Servizi erogati | Liste di attesa | Liste di attesa (Tempi di attesa) | Staff della Direzione Sanitaria | Alessandro Sergi | Staff della Direzione Sanitaria | Alessandro Sergi |
| Q.4.2 | Servizi erogati | Liste di attesa | Liste di attesa (Tempi di attesa) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC CUP – Call Center | Leonardo Pasquini |
| Q.4.2 | Servizi erogati | Liste di attesa | Liste di attesa (Tempi di attesa) | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOS Gestione Operativa | Antonio Guarracino |
| Q.5.1 | Servizi erogati | Servizi in rete | Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete (Statistiche di utilizzo dei servizi di prenotazione e disdetta online) | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS URP e Tutela | Leonardo Pasquini a.i. |
| Q.5.1 | Servizi erogati | Servizi in rete | Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete (Statistiche di utilizzo dei servizi di Pagamenti online) | Dipartimento del Decentramento | Rita Bonciani | SOC Servizi amministrativi alle strutture, alla Medicina Legale e alla Prevenzione | Ferdinando Milicia |
| R.1.1 | Pagamenti dell'Amministrazione | Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale | Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOC Fornitori | Romina Cardarelli Tozzi |
| R.2.1 | Pagamenti dell'Amministrazione | Indicatore di tempestività dei pagamenti | Indicatore di tempestività dei pagamenti (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti) | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOC Fornitori | Romina Cardarelli Tozzi |
| R.2.2 | Pagamenti dell'Amministrazione | Indicatore di tempestività dei pagamenti | Indicatore di tempestività dei pagamenti (indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti) | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOC Fornitori | Romina Cardarelli Tozzi |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Indice degli obblighi | | | Responsabilità | | | |
|--|--|---|---|--|-------------------------------------|---|---|
| | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| R.2.3 | Pagamenti dell'Amministrazione | Ammontare complessivo dei debiti | Ammontare complessivo dei debiti Numero delle imprese creditrici | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOC Fornitori | Romina Cardarelli Tozzi |
| R.3.1 | Pagamenti dell'Amministrazione | IBAN e pagamenti informatici | IBAN e pagamenti informatici | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | SOC Clienti | Fulvio Principe |
| S.1.1 | Opere pubbliche | Atti di programmazione delle opere pubbliche | Atti di programmazione delle opere pubbliche | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | SOC Pianificazione, investimenti e progetti speciali | Non assegnata |
| S.2.1 | Opere pubbliche | Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche | Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate (Informazioni su tempi e indicatori) | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | Area Manutenzione e gestione investimenti Empoli - Firenze - Pistoia - Prato | Luca Tani Luca Meucci Ermes Tesi Gianluca Gavazzi |
| S.2.2 | Opere pubbliche | Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche | Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate (Informazioni su costi unitari di realizzazione) | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | Area Manutenzione e gestione investimenti Empoli - Firenze - Pistoia - Prato | Luca Tani Luca Meucci Ermes Tesi Gianluca Gavazzi |
| T.1.1 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali | Dipartimento della Prevenzione | Renzo Berti | Dipartimento della Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro | Renzo Berti Giorgio Garofalo Luca Cianti Luigi Mauro |
| T.1.2 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali | Stato dell'ambiente | Dipartimento della Prevenzione | Renzo Berti | Dipartimento della Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro | Renzo Berti Giorgio Garofalo Luca Cianti Luigi Mauro |
| T.1.3 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali | Fattori inquinanti | Dipartimento della Prevenzione | Renzo Berti | Dipartimento della Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro | Renzo Berti Giorgio Garofalo Luca Cianti Luigi Mauro |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|--|--|---|---|-------------------------------------|---|---|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| T.1.4 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali | Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto | Dipartimento della Prevenzione | Renzo Berti | Dipartimento della Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro | Renzo Berti Giorgio Garofalo Luca Cianti Luigi Mauro |
| T.1.5 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali | Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto | Dipartimento della Prevenzione | Renzo Berti | Dipartimento della Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro | Renzo Berti Giorgio Garofalo Luca Cianti Luigi Mauro |
| T.1.6 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali | Relazioni sull'attuazione della legislazione | Dipartimento della Prevenzione | Renzo Berti | Dipartimento della Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro | Renzo Berti Giorgio Garofalo Luca Cianti Luigi Mauro |
| T.1.7 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali | Stato della salute e della sicurezza umana | Dipartimento della Prevenzione | Renzo Berti | Dipartimento della Prevenzione Area Igiene e sanità pubblica e della nutrizione Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare Area Prevenzione Igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro | Renzo Berti Giorgio Garofalo Luca Cianti Luigi Mauro |
| T.1.8 | Informazioni ambientali | Informazioni ambientali | Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio | Dipartimento della Prevenzione | Renzo Berti | Dipartimento della Prevenzione | Renzo Berti |
| U.1.1 | Strutture sanitarie private accreditate | Strutture sanitarie private accreditate | Strutture sanitarie private accreditate (Elenco delle strutture accreditate) | Dipartimento del Decentramento | Rita Bonciani | SOC Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti privati | Giorgio Nencioni |
| U.1.2 | Strutture sanitarie private accreditate | Strutture sanitarie private accreditate | Strutture sanitarie private accreditate (Accordi intersocietari) | Dipartimento del Decentramento | Rita Bonciani | SOC Accordi contrattuali e convenzioni con soggetti privati | Giorgio Nencioni |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Acquisizione beni e servizi | Mariateresa Asquino |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|---|--|--|--|-------------------------------------|---|--|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari legali e avvocatura | Paolo Federigi |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni | Claudia Dami |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC CUP – Call Center | Leonardo Pasquini |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Sostenibilità ambientale | Non assegnata |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione | Valeria Favata | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Dipartimento del Decentramento | Rita Bonciani | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Staff della Direzione Generale | Valerio Mari | Tutte le strutture dello Staff | Tutti i RESP dello Staff |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Dipartimento della Prevenzione | Renzo Berti | Tutte le Strutture del Dipartimento | Tutti i RESP del Dipartimento |
| V.1.1 | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Interventi straordinari e di emergenza | Staff della Direzione Sanitaria | Alessandro Sergi | Tutte le strutture dello Staff | Tutti RESP dello Staff |
| Z.1.1 | Altri contenuti | Prevenzione della Corruzione | Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Anticorruzione e Trasparenza | Leonardo Pasquini a.i. |
| Z.1.2 | Altri contenuti | Prevenzione della Corruzione | Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Anticorruzione e Trasparenza | Leonardo Pasquini a.i. |
| Z.1.3 | Altri contenuti | Prevenzione della Corruzione | Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Anticorruzione e Trasparenza | Leonardo Pasquini a.i. |
| Z.1.4 | Altri contenuti | Prevenzione della Corruzione | Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Anticorruzione e Trasparenza | Leonardo Pasquini a.i. |
| Z.1.5 | Altri contenuti | Prevenzione della Corruzione | Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Anticorruzione e Trasparenza | Leonardo Pasquini a.i. |
| Z.1.6 | Altri contenuti | Prevenzione della Corruzione | Atti di accertamento delle violazioni | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Anticorruzione e Trasparenza | Leonardo Pasquini a.i. |
| Z.2.1 | Altri contenuti | Accesso civico | Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Anticorruzione e Trasparenza | Leonardo Pasquini a.i. |
| Z.2.2 | Altri contenuti | Accesso civico | Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| Z.2.3 | Altri contenuti | Accesso civico | Registro degli accessi | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |

TABELLA DELLE RESPONSABILITA'

| Indice degli obblighi | | | | Responsabilità | | | |
|--|--|---|---|---|-------------------------------------|---|--|
| Collegamento con tabella 1 – Obblighi di pubblicazione | Denominazione sintetica sezione 1° livello | Denominazione sintetica sezione 2° livello | Denominazione sintetica del singolo obbligo | Dipartimento/ Staff | DIR Direttore di Dipartimento/Staff | Struttura responsabile della trasmissione e della pubblicazione | RESP Responsabile della trasmissione e della pubblicazione |
| Z.3.1 | Altri contenuti | Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati | Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati | Staff della Direzione Generale | Valerio Mari | SOC Organizzazione e progetti tecnologici | Valerio Mari |
| Z.3.2 | Altri contenuti | Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati | Regolamenti | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| Z.3.3 | Altri contenuti | Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati | Obiettivi di accessibilità | Staff della Direzione Generale | Valerio Mari | SOC Organizzazione e progetti tecnologici | Valerio Mari |
| Z.3.4 | Altri contenuti | Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati | Stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione complessiva delle variabili | Michele Clemente |
| Z.4.1 | Altri contenuti | Dati ulteriori | Autovetture di servizio ai sensi del DPCM del 25/09/2014 | Dipartimento Area Tecnica | Sergio Lami | SOC Pianificazione, investimenti e progetti speciali | Non assegnata |
| Z.4.2 | Altri contenuti | Dati ulteriori | Avvisi di sponsorizzazione per eventi formativi | Dipartimento Risorse Umane | Arianna Tognini | SOC Gestione complessiva delle variabili SOC Formazione | Michele Clemente Manuela Maruccci |
| Z.4.3 | Altri contenuti | Dati ulteriori | Risarcimento danni e Legge 8 marzo 2017 n. 24 | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni | Claudia Dami |
| Z.4.4 | Altri contenuti | Dati ulteriori | Dati relativi ai rapporti di finanziamento tra imprese farmaceutiche e operatori e organizzazioni del SSN | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOS Anticorruzione e Trasparenza | Leonardo Pasquini a.i. |
| Z.4.5 | Altri contenuti | Dati ulteriori | Atti relativi alle procedure di affidamento agli Enti del terzo settore e altri Avvisi | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |
| Z.4.6 | Altri contenuti | Dati ulteriori | Accesso documentale | Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa | Leonardo Pasquini | SOC Affari generali | Leonardo Pasquini a.i. |



PIAO 2023-2025
ALLEGATO 3 – PA.DA.03 PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO CORRUZIONE

Rev. 13/04/22

ALLEGATO 3 – PA.DA.03 PROCEDURA PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

| | | | | |
|--|---|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione | PA.DA.03 | 0 | 1 di 8 |

Procedura per la gestione del rischio corruzione

| Data | Redazione | Verifica | Approvazione |
|------------|---|---|--|
| 13/04/2022 | Referente gruppo di redazione Dr.ssa Lucia Carlini | Processo Direttore SOS Anticorruzione e trasparenza Dr.ssa Lucia Carlini | Direttore Amministrativo Lorenzo Pescini |
| | | SGQ Direttore f.f. SOC Governance Clinico Assistenziale Mauro Romilio | |

Gruppo di redazione

- Dr.ssa Lucia Carlini
- Ing. Gianluca Nappo
- Dr.ssa Benedetta Ninci
- Dr.ssa Mariacristina Casini

Supporto metodologico: Dr. Marco Brogi, dir. Medico SOC Governance Clinico Assistenziale

Parole chiave: Anticorruzione, gestione del rischio, monitoraggio, corruzione, prevenzione.

| | | | | |
|--|---|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione | PA.DA.03 | 0 | 2 di 8 |

Indice generale

| | | |
|--------|---|---|
| 1 | Premessa | 2 |
| 2 | Scopo/Obiettivi..... | 3 |
| 3 | Campo di applicazione..... | 3 |
| 4 | Glossario e Definizioni | 3 |
| 5 | Responsabilità e descrizione delle attività | 3 |
| .5.1 | Mappatura dei processi | 3 |
| .5.1.1 | Identificazione dei processi | 4 |
| .5.1.2 | Descrizione e rappresentazione | 4 |
| .5.2 | Valutazione dei rischi..... | 4 |
| .5.2.1 | Identificazione dei rischi | 4 |
| .5.2.2 | Analisi dei rischi..... | 4 |
| .5.2.3 | Ponderazione dei rischi..... | 5 |
| .5.3 | Trattamento dei rischi..... | 5 |
| .5.3.1 | Individuazione delle misure..... | 5 |
| .5.3.2 | Programmazione delle misure..... | 5 |
| .5.4 | Approvazione finale, consultazione e pubblicazione | 5 |
| .5.5 | Monitoraggio e controllo..... | 6 |
| 6 | Diagramma di flusso | 7 |
| 7 | Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione..... | 8 |
| 8 | Monitoraggio e controllo..... | 8 |
| 9 | Strumenti / RegISTRAZIONI | 8 |
| 10 | Revisione | 8 |
| 11 | Allegati | 8 |
| 12 | Riferimenti | 8 |
| 13 | Indice delle revisioni..... | 8 |
| 14 | Lista di diffusione..... | 8 |

1 Premessa

Il sistema di prevenzione della corruzione, introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 190/2012, impone a tutte le pubbliche amministrazioni di predisporre, entro il 31 gennaio di ogni anno, un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (**PTPCT/PIAO**) che fornisca una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indichi gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio (art. 1, co. 5, l. 190/2012).

In conformità alle prescrizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), l'Azienda USL Toscana Centro ha implementato un processo di gestione del rischio corruzione che si articola nelle seguenti fasi:

- Analisi del contesto: esterno e interno;
- Valutazione del rischio: Identificazione, analisi e ponderazione del rischio;
- Trattamento del rischio: identificazione e programmazione delle misure;
- Monitoraggio e controllo sull'attuazione delle misure.

| | | | | |
|--|---|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione | PA.DA.03 | 0 | 3 di 8 |

2 Scopo/Obiettivi

Lo scopo della presente procedura è di regolamentare le attività del processo di gestione del rischio corruzione svolte a livello aziendale, in conformità alle indicazioni contenute nel PNA e nel PTPCT/PIAO.

3 Campo di applicazione

Il presente documento si applica a tutti i processi della Azienda USL Toscana Centro.

4 Glossario e Definizioni

Processo insieme di attività in rapporto di relazione reciproca che creano valore trasformando delle risorse iniziali (input) in un prodotto finale (output) destinato ad un soggetto interno o esterno all'Azienda (cliente)

ANAC Autorità Nazionale Anticorruzione

AUSLTC Azienda USL Toscana Centro

PNA Piano Nazionale Anticorruzione

PTPCT Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

PIAO Piano Integrato di Attività e Organizzazione

RPCT Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

GDL Gruppo di lavoro a supporto del RPCT formato dal personale afferente la struttura SOS Anticorruzione e trasparenza

RESP Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice

DIR Direttore di Staff o di Dipartimento. il RESP ricopre anche il ruolo di DIR nel caso in cui la sua struttura non sia inserita in uno Staff o in un Dipartimento.

REF Referenti del RPCT

5 Responsabilità e descrizione delle attività

I **DIR** e i **RESP**, ai sensi dell'art. 16, comma 1 del D.Lgs. 165/2001, attuano tutte le attività previste dalla presente procedura, forniscono tutte le informazioni per l'individuazione dei rischi di corruzione e formulano proposte volte alla prevenzione dei medesimi rischi.

I **REF** supportano i **DIR** e i **RESP** nello svolgimento di tutte le attività descritte nella presente procedura informando costantemente il **RPCT** sull'andamento dei lavori e sulle eventuali criticità riscontrate.

Il **RPCT** coordina tutte le attività previste dalla presente procedura e fornisce il proprio supporto anche attraverso il **GDL**.

Il **GDL** supporta il **RPCT** nell'attuazione di tutte le attività previste dalla presente procedura.

I dipendenti, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 62/2013, garantiscono la loro collaborazione allo svolgimento di tutte le attività previste dalla presente procedura.

Le fasi di mappatura dei processi (par. 5.1), valutazione dei rischi (par. 5.2), trattamento dei rischi (par. 5.3), approvazione finale, consultazione e pubblicazione (par. 5.4), devono essere ripetute nel caso in cui, anche in seguito a monitoraggio, siano state rilevate modifiche sostanziali nell'organizzazione, nella struttura dei processi, nei rischi presenti o del livello di esposizione correlato, oppure, sia necessario effettuare un aggiornamento delle misure di prevenzione.

.5.1 Mappatura dei processi

La mappatura, attraverso le fasi di identificazione, descrizione e rappresentazione, consente di individuare le vulnerabilità presenti nei processi e, quindi, i rischi di corruzione che richiedono idonee misure di prevenzione.

| | | | | |
|--|---|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione | PA.DA.03 | 0 | 4 di 8 |

.5.1.1 Identificazione dei processi

L'identificazione dei processi ha lo scopo di individuare l'elenco completo dei processi aziendali.

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, individuano e mantengono aggiornato l'elenco di tutti i processi che si svolgono all'interno delle strutture di loro competenza.

Per l'identificazione dei processi si può partire dall'analisi della documentazione esistente (organigramma, funzionigramma, job description, regolamenti, etc.), dal catalogo aziendale dei procedimenti amministrativi/PAC (avendo cura di aggregarli in un unico processo nel caso in cui siano finalizzati alla realizzazione di un medesimo risultato) o dall'analisi di processi analoghi svolti in altre ASL/AO o Enti similari.

L'elenco dei processi identificati e i successivi aggiornamenti devono essere trasmessi tempestivamente all'**RPCT** compilando la scheda "**1 - Elenco dei processi**" dell'**Allegato I**.

.5.1.2 Descrizione e rappresentazione

La descrizione e la rappresentazione di un processo consente di identificare più agevolmente le criticità presenti in funzione delle modalità di svolgimento, al fine di inserire i necessari correttivi. Infatti, solo analizzando nel dettaglio le singole attività è possibile individuare quelle vulnerabilità che potrebbero favorire il verificarsi di un evento corruttivo.

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, descrivono e rappresentano i processi di competenza, secondo le priorità eventualmente individuate con l'**RPCT**, compilando tutti i campi della scheda "**1 - Descrizione del processo**" e della sezione "**2.1 - Descrizione delle attività**" dell'**Allegato II**.

.5.2 Valutazione dei rischi

La valutazione dei rischi ha lo scopo di identificare, analizzare e ponderare i rischi di corruzione presenti nei processi che possono minare il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa, al fine di individuare le priorità di intervento e le misure di prevenzione.

.5.2.1 Identificazione dei rischi

L'identificazione dei rischi ha lo scopo di individuare tutti gli eventi rischiosi che, anche ipoteticamente, potrebbero verificarsi all'interno di ciascuna attività del processo. Se un evento rischioso non viene correttamente identificato non potrà essere adeguatamente trattato.

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, individuano i rischi di corruzione per ciascuna attività del processo riportandoli nella colonna "**Rischi di corruzione**" della sezione "**2.2 - Valutazione dei rischi**" dell'**Allegato II**.

E' opportuno prendere in considerazione tutte le possibili fonti informative quali ad esempio:

- Le risultanze dell'analisi del contesto interno/esterno e la mappatura di processi effettuata anche da altre amministrazioni;
- Eventuali casi giudiziari o episodi di corruzione/cattiva gestione accaduti anche in altre amministrazioni;
- I risultati del monitoraggio svolto dal **RPCT** o da altre strutture di controllo;
- Le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità;
- Le indicazioni fornite dall'**ANAC**.

.5.2.2 Analisi dei rischi

L'analisi ha lo scopo di individuare i fattori abilitanti che favoriscono il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, identificano per ciascun rischio i fattori abilitanti e li riportano nella colonna "**Fattori abilitanti**" della sezione "**2.2 - Valutazione dei rischi**" dell'**Allegato II**.

Nelle note contenute nella scheda, sono riportati alcuni esempi di fattori abilitanti che devono essere personalizzati in base alle esigenze.

| | | | | |
|--|---|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione | PA.DA.03 | 0 | 5 di 8 |

.5.2.3 Ponderazione dei rischi

Definire il livello di esposizione al rischio è importante per individuare i rischi sui quali intervenire in maniera prioritaria, con adeguate misure di prevenzione.

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, stimano il livello di esposizione di ciascun rischio utilizzando un approccio qualitativo basato sull'uso di criteri per la valutazione espressi sotto forma di indicatori di stima del livello di rischio (key risk indicators). Il valore assegnato a ciascun indicatore deve essere il più possibile supportato da evidenze oggettive (p.e. dati su precedenti giudiziari o disciplinari, segnalazioni pervenute, documentazione in possesso dell'Azienda, etc.).

Il livello di esposizione al rischio deve essere calcolato utilizzando la scheda di "**4 - Valutazione del livello di esposizione al rischio**" contenuta nell'**Allegato II**, riportando il valore finale nella colonna "**Livello di esposizione al rischio**" della sezione "**2.2 – Valutazione dei rischi**" dello stesso Allegato.

Nella colonna "**Motivazione del livello di esposizione**" della sezione "**2.2 – Valutazione dei rischi**" contenuta nell'**Allegato II**, inserire una breve giustificazione del livello di rischio assegnato sulla base degli indicatori utilizzati.

.5.3 Trattamento dei rischi

Il trattamento dei rischi ha lo scopo di individuare e programmare le misure più idonee a prevenire i rischi corruttivi. I rischi con livello di esposizione medio/alto devono essere obbligatoriamente sottoposti a trattamento.

.5.3.1 Individuazione delle misure

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, individuano per ciascun rischio le misure specifiche di prevenzione che devono rispondere ai seguenti requisiti:

- Essere integrate con misure e/o controlli specifici pre-esistenti allo scopo di evitare una stratificazione e l'appesantimento dell'attività amministrativa;
- Essere idonee a neutralizzare i fattori abilitanti e le criticità riscontrate nell'attività riducendo al massimo il rischio ad un livello residuo accettabile, nella consapevolezza che il rischio zero non esiste in quanto, anche in presenza di misure di prevenzione, la possibilità che si verifichino fenomeni corruttivi attraverso accordi collusivi tra due o più soggetti può sempre manifestarsi.
- Essere sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo;
- Essere adatte alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione;
- Essere graduate e programmate in funzione del livello di esposizione al rischio;
- Essere conformi alle indicazioni fornite dall'**ANAC**.

.5.3.2 Programmazione delle misure

I **RESP**, con il supporto dei **REF**, programmano operativamente le misure specifiche di prevenzione, indicando:

- La tempistica di attuazione della misura e/o delle sue fasi in funzione del livello di rischio e delle risorse disponibili;
- I responsabili dell'attuazione della misura e/o delle sue fasi;
- Gli indicatori di monitoraggio e i relativi valori attesi.

La descrizione accurata di ciascuna misura specifica di prevenzione, la tipologia, gli indicatori, i target, il responsabile dell'attuazione e la scadenza programmata devono essere riportati nelle colonne corrispondenti della sezione "**2.3 - Trattamento del rischio**" dell'**Allegato II**.

.5.4 Approvazione finale, consultazione e pubblicazione

I **RESP** sottopongono i risultati dell'analisi dei processi ai **DIR** per l'approvazione, e poi li trasmettono al **RPCT**.

| | | | | |
|--|---|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione | PA.DA.03 | 0 | 6 di 8 |

Il **RPCT** può pubblicare i processi analizzati sul sito Amministrazione Trasparente allo scopo di raccogliere le eventuali osservazioni da parte dei soggetti interessati e valuta se sottoporli a revisione o inserirli nel catalogo dei processi del successivo **PTPCT/PIAO**.

.5.5 Monitoraggio e controllo

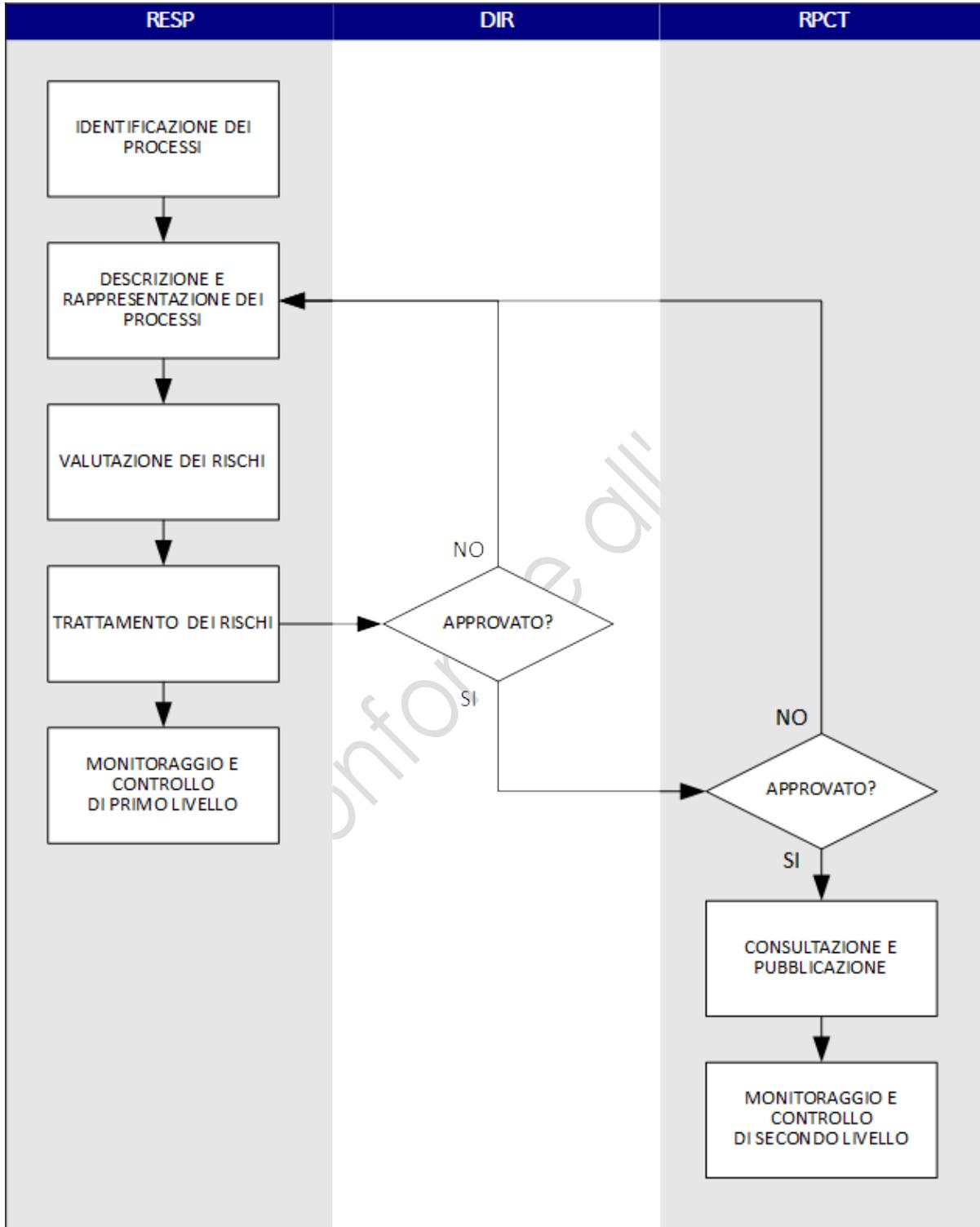
Il monitoraggio e il controllo permettono di verificare l'attuazione e l'idoneità delle misure specifiche di prevenzione e di apportare modifiche in caso di non conformità.

I **RESP** effettuano il costante monitoraggio e controllo di primo livello sull'attuazione delle misure di prevenzione specifiche di loro competenza, riferendo tempestivamente, con una nota al **RPCT**, sulle misure attuate, sulle non conformità riscontrate che non possono essere risolte in autonomia e sulle eventuali modifiche organizzative o procedurali che richiedono una revisione dell'analisi dei processi di competenza.

Il **RPCT**, con il supporto del **GDL** e dei **REF**, effettua il monitoraggio di secondo livello, con cadenza almeno semestrale, sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione specifiche previste nell'analisi dei processi, richiedendo ai **RESP** di relazionare sullo stato di attuazione delle stesse attraverso la compilazione, per ciascuna misura, di tutti i campi corrispondenti della scheda "**3 – Monitoraggio del processo**" dell'**Allegato II**, corredato della eventuale documentazione di supporto.

Il **RPCT**, con il supporto del **GDL** e dei **REF**, effettua il controllo a campione di secondo livello sull'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione specifiche, acquisendo dai **RESP** documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite audit. La priorità sarà data ai processi/attività con maggior livello di esposizione al rischio, non controllati di recente o per i quali siano pervenute delle segnalazioni di fatti corruttivi.

6 Diagramma di flusso



| | | | | |
|--|---|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione | PA.DA.03 | 0 | 8 di 8 |

7 Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione

Il responsabile della diffusione della presente procedura è il **RPCT** che la trasmette a tutti i soggetti coinvolti attraverso la pubblicazione del **PTPCT/PIAO**.

I destinatari hanno il compito di diffonderlo ai collaboratori delle strutture afferenti il proprio ambito di competenza.

La procedura approvata viene pubblicata in copia conforme sul Repository aziendale, Area Riservata, sezione "Gestione documenti" dal quale è consentita la consultazione ed il download.

L'originale e le relative revisioni sono a disposizione presso la Segreteria della Struttura emittente.

8 Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio dell'applicazione della presente procedura è sotto la responsabilità del **RPCT**.

Nel caso in cui in corso di applicazione della presente procedura se ne rilevasse la necessità l'RPCT proporrà alla Direzione Aziendale le opportune azioni di miglioramento.

9 Strumenti / RegISTRAZIONI

Tutte le registrazioni sono archiviate nella cartella di lavoro condivisa della SOS Anticorruzione e Trasparenza.

10 Revisione

La revisione si effettua su motivazioni sostanziali, e comunque si consiglia ogni tre anni.

11 Allegati

- **Allegato I:** Elenco dei processi (fac simile del foglio excel);
- **Allegato II:** Descrizione e analisi del processo (fac simile del foglio excel).

12 Riferimenti

- Piano Nazionale Anticorruzione;
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza/Piano Integrato di Attività e Organizzazione

13 Indice delle revisioni

| Revisione n° | Data emissione | Tipo modifica | Titolo |
|--------------|----------------|-----------------|--|
| 0 | 13/04/2022 | PRIMA EMISSIONE | Procedura per la gestione del rischio corruzione |

14 Lista di diffusione

- Direzione Generale
- Direzione Amministrativa
- Direzione Sanitaria
- Direzione dei Dipartimenti
- Direzioni di Area
- Direttori SOC, SOS, UFC, UFS afferenti a tutte le Aree e Direzioni

| 1 – ELENCO DEI PROCESSI | | | |
|-------------------------------------|---------------|------------------------|------|
| 1.1 – Dati generali della struttura | | | |
| | | DIR: | |
| | | Struttura del DIR: | |
| | | RESP: | |
| | | Struttura del RESP: | |
| | | Data di aggiornamento: | |
| 1.2 – Elenco dei processi | | | |
| N° | Nome processo | Area di rischio | Note |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

| 1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO | | | | |
|------------------------------|---------------|----------|--------|---------|
| 1.1 – Dati generali | | | | |
| Nome del processo: | Nome processo | | | |
| Area di rischio: | | | | |
| Processi connessi: | | | | |
| Codice: | XXX | | | |
| DIR: | | | | |
| Struttura del DIR: | | | | |
| RESP: | | | | |
| Struttura del RESP: | | | | |
| Data di aggiornamento: | 01/01/2022 | | | |
| 1.2 – Descrizione | | | | |
| Fornitori | Input | Processo | Output | Clienti |
| | | | | |

4 – VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO

XXX - Nome processo - 01/01/2022

| 4.1 - Valutazione della probabilità | | |
|---|--|--------------|
| A | Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per mancanza di vincoli (leggi, regolamenti, procedure, etc.) a presidio delle decisioni/attività (eccessiva discrezionalità) | Alto |
| B | Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per mancanza di controlli interni al processo sulle decisioni/attività (es. supervisione, controllo formale del dirigente, decisioni collegiali etc.) | Alto |
| C | Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per assenza di trasparenza sostanziale o di un sistema di tracciamento delle decisioni/attività | Alto |
| D | Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per la presenza di conflitti di interessi dei soggetti addetti alle decisioni/attività | Alto |
| E | Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per la mancanza di formazione dei soggetti addetti alle decisioni/attività | Alto |
| F | Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per la mancanza di rotazione dei soggetti addetti alle decisioni/attività negli ultimi cinque anni | Alto |
| G | Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per la pressione dovuta alla presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo | Alto |
| H | Probabilità che l'evento corruttivo avvenga sulla base di precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari per fatti corruttivi che hanno coinvolto le decisioni/attività del processo negli ultimi cinque anni | Alto |
| I | Probabilità collegata ad altri indicatori specifici per il rischio individuato | Alto |
| L | Valore associato alla probabilità | Alto |
| 4.2 – Valutazione dell'impatto | | |
| M | Livello di impatto sull'amministrazione in termini di qualità e continuità dell'azione amministrativa, impatto economico, conseguenze legali, reputazione e credibilità istituzionale, etc. | Basso |
| N | Livello di impatto, economico e non, sugli stakeholders (cittadini, utenti, imprese, mercato, sistema Paese), a seguito del degrado del servizio reso a causa del verificarsi dell'evento di corruzione | Basso |
| O | Livello di impatto collegato ad altri indicatori specifici per il rischio individuato | Basso |
| P | Valore associato all'impatto | Basso |
| 4.3 – Livello di esposizione al rischio | | |
| Q | Livello di esposizione al rischio da riportare in corrispondenza del rischio | Medio |

| Tabella valutazione del rischio | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------|-------------|
| Alto | Medio | Alto | Alto |
| Medio | Medio | Medio | Alto |
| Basso | Basso | Medio | Medio |
| | Basso | Medio | Alto |

**ALLEGATO 4 – PA.DA.04 PROCEDURA PER LA
GESTIONE DEGLI ADEMPIMENTI DI
TRASPARENZA**

| | | | | |
|--|--|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza | PA.DA.04 | 0 | 1 di 6 |

Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza

| Data | Redazione | Verifica | Approvazione |
|------------|---|---|--|
| 13/04/2022 | Referente gruppo di redazione Dr.ssa Lucia Carlini | Processo Direttore SOS Anticorruzione e trasparenza Dr.ssa Lucia Carlini | Direttore Amministrativo Lorenzo Pescini |
| | | SGQ Direttore f.f. SOC Governance Clinico Assistenziale Mauro Romilio | |

Gruppo di redazione

- Dr.ssa Lucia Carlini
- Ing. Gianluca Nappo
- Dr.ssa Benedetta Ninci
- Dr.ssa Mariacristina Casini

Supporto metodologico: Dr. Marco Brogi, dir. Medico SOC Governance Clinico Assistenziale

Parole chiave: Trasparenza, obblighi di pubblicazione, monitoraggio, corruzione, prevenzione.

| | | | | |
|--|---|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza | PA.DA.04 | 0 | 2 di 6 |

Indice generale

| | | |
|-----|---|---|
| 1 | Premessa | 2 |
| 2 | Scopo/Obiettivi..... | 2 |
| 3 | Campo di applicazione | 3 |
| 4 | Glossario e Definizioni | 3 |
| 5 | Responsabilità e descrizione delle attività | 3 |
| 5.1 | Individuazione ed elaborazione | 3 |
| 5.2 | Pubblicazione | 4 |
| 5.3 | Monitoraggio e controllo..... | 4 |
| 6 | Diagramma di flusso | 5 |
| 7 | Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione..... | 5 |
| 8 | Monitoraggio e controllo | 5 |
| 9 | Strumenti / RegISTRAZIONI | 5 |
| 10 | Revisione | 6 |
| 11 | Riferimenti | 6 |
| 12 | Indice delle revisioni..... | 6 |
| 13 | Lista di diffusione..... | 6 |

1 Premessa

Con la legge 190/2012 la trasparenza amministrativa ha assunto una valenza chiave quale misura generale per prevenire e contrastare la corruzione e la cattiva amministrazione (art. 1, co. 36).

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

Le disposizioni in materia di trasparenza amministrativa, inoltre, integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117, co. 2, lett. m), della Costituzione (art. 1, co. 3, D.Lgs. 33/2013).

Il sistema di prevenzione della corruzione aziendale impone a tutte le pubbliche amministrazioni di predisporre, entro il 31 gennaio di ogni anno, un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT/PIAO) che contenga una sezione dedicata alla trasparenza, impostata come atto fondamentale, con il quale sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l'individuazione/elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

2 Scopo/Obiettivi

Lo scopo della presente procedura è di regolamentare le attività del processo di individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione obbligatoria dei dati, documenti e informazioni sulla sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente", in conformità alle indicazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013, nella normativa di settore, nel PNA e nel PTPCT/PIAO.

| | | | | |
|--|---|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza | PA.DA.04 | 0 | 3 di 6 |

3 Campo di applicazione

Il presente documento si applica a tutti i processi della Azienda USL Toscana Centro che gestiscono dati, documenti o informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente.

4 Glossario e Definizioni

| | |
|---------------|--|
| ANAC | Autorità Nazionale Anticorruzione |
| AUSLTC | Azienda USL Toscana Centro |
| PNA | Piano Nazionale Anticorruzione |
| PTPCT | Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza |
| PIAO | Piano Integrato di Attività e Organizzazione |
| RPCT | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza |
| GDL | Gruppo di lavoro a supporto del RPCT formato dal personale afferente la struttura SOS Anticorruzione e trasparenza |
| RESP | Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice |
| DIR | Direttore di Staff o di Dipartimento. il RESP ricopre anche il ruolo di DIR nel caso in cui la sua struttura non sia inserita in uno Staff o in un Dipartimento. |
| REF | Referenti del RPCT |

5 Responsabilità e descrizione delle attività

I **DIR** e i **RESP**, ai sensi dell'art. 16, comma 1 del D.Lgs. 165/2001 e dell'art. 8 del D.P.R. 62/2013, attuano tutte le attività previste dalla presente procedura.

I **REF** supportano i **DIR** e i **RESP** nello svolgimento di tutte le attività descritte nella presente procedura informando costantemente il **RPCT** sull'andamento dei lavori e sulle eventuali criticità riscontrate.

Il **RPCT** coordina tutte le attività previste dalla presente procedura e fornisce il proprio supporto anche attraverso il **GDL**.

Il **GDL** supporta il **RPCT** nell'attuazione di tutte le attività previste dalla presente procedura.

I dipendenti, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 62/2013, garantiscono la loro collaborazione allo svolgimento di tutte le attività previste dalla presente procedura.

Le fasi di individuazione ed elaborazione (par. 5.1) e pubblicazione (par. 5.2), devono essere ripetute nel caso in cui, anche in seguito a monitoraggio, siano state rilevate modifiche sostanziali nell'organizzazione, nella struttura dei processi, degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, delle indicazioni fornite da ANAC e anche nel caso sia previsto l'aggiornamento dei dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria o ulteriori.

.5.1 Individuazione ed elaborazione

I **DIR** e i **RESP**, con il supporto dei **REF**, individuano ed elaborano tutti i dati, i documenti e le informazioni predisposti o detenuti dalle strutture di loro competenza, oggetto di pubblicazione obbligatoria o ulteriori, in conformità alla normativa vigente, alle indicazioni fornite da ANAC e a quelle contenute nel **PTPCT/PIAO**.

I **DIR** e i **RESP**, con il supporto dei **REF**, prima di procedere con la successiva fase di pubblicazione verificano che per tutti i dati, documenti o informazioni contenenti dati personali:

1. Esista un obbligo di pubblicazione previsto dalla legge;

| | | | | |
|--|---|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza | PA.DA.04 | 0 | 4 di 6 |

2. Siano rispettati tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza; limitazione della conservazione; integrità e riservatezza tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

I **DIR** e i **RESP** possono avvalersi del supporto del Responsabile della Protezione dei Dati-RPD (cfr. Art. 37 del Regolamento (UE) del 27 aprile 2016, n. 679 – GDPR e Parte IV, § 7. "I rapporti del RPCT con altri organi dell'amministrazione e con ANAC"), essendo il soggetto aziendale chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del GDPR).

.5.2 Pubblicazione

I **DIR** e i **RESP**, con il supporto dei **REF**, pubblicano tutti i dati, i documenti e le informazioni di loro competenza, oggetto di pubblicazione obbligatoria o ulteriori, nell'apposita sottosezione della sezione del sito aziendale denominato "Amministrazione Trasparente", in conformità alla normativa vigente, alle indicazioni fornite da ANAC e a quelle contenute nel **PTPCT/PIAO**.

.5.3 Monitoraggio e controllo

I **DIR** e i **RESP**, con il supporto dei **REF**, effettuano il costante monitoraggio e controllo di primo livello su tutte le attività previste dalla presente procedura e sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, riferendo tempestivamente, con una nota al **RPCT**, sulle non conformità riscontrate che non possono essere risolte in autonomia e sulle eventuali modifiche organizzative o procedurali che richiedono una revisione degli obblighi di competenza.

Il **RPCT**, con il supporto del **GDL** e dei **REF**, effettua il monitoraggio di secondo livello, almeno semestrale, sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, richiedendo ai **DIR** di relazionare sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, attraverso la compilazione della scheda di monitoraggio appositamente predisposta.

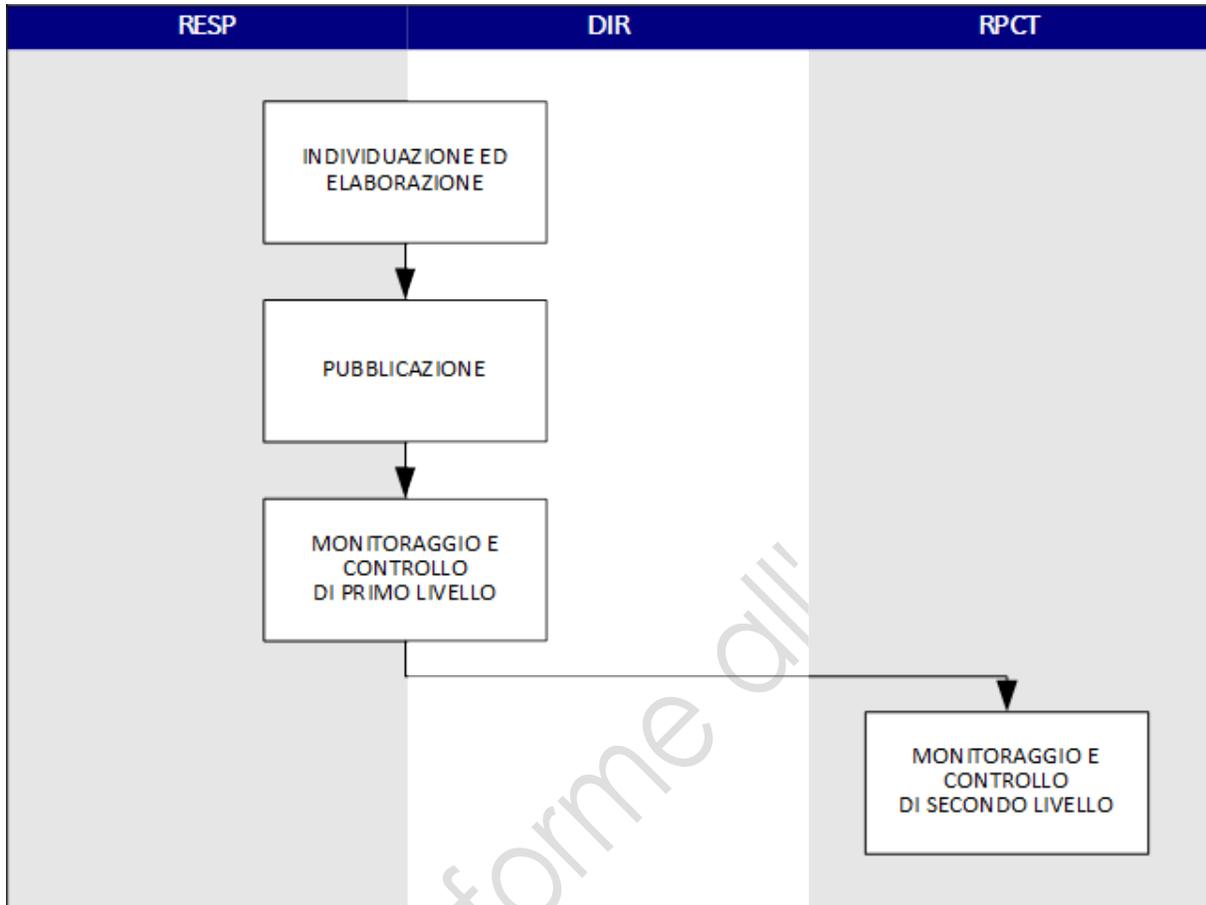
Il **RPCT**, con il supporto del **GDL** e dei **REF**, effettua il controllo a campione di secondo livello sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, acquisendo dai **DIR** documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite audit.

Il **RPCT**, con il supporto del **GDL**, invia un report, almeno semestrale, ai **DIR**, ai **RESP** e ai **REF** coinvolti nel processo di pubblicazione e alla Direzione Amministrativa, nel quale sono riassunti i risultati dell'attività di monitoraggio e controllo effettuata.

In relazione alla loro gravità, il **RPCT** segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, alla Direzione Aziendale, all'OIV, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari e ad ANAC.

| | | | | |
|--|--|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza | PA.DA.04 | 0 | 5 di 6 |

6 Diagramma di flusso



7 Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione

Il responsabile della diffusione della presente procedura è il **RPCT** che la trasmette a tutti i soggetti coinvolti attraverso la pubblicazione del **PTPCT/PIAO**.

I destinatari hanno il compito di diffonderlo ai collaboratori delle strutture afferenti il proprio ambito di competenza.

La procedura approvata viene pubblicata sul Repository/Intranet aziendale, Area Riservata, sezione "Gestione Documenti" dal quale è consultabile e scaricabile

L'originale e le relative revisioni sono a disposizione presso la Segreteria della struttura emittente

8 Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio dell'applicazione della presente procedura è sotto la responsabilità del **RPCT**.

Nel caso in cui in corso di applicazione della presente procedura se ne rilevasse la necessità l'RPCT proporrà alla Direzione Aziendale le opportune azioni di miglioramento.

9 Strumenti / RegISTRAZIONI

Tutte le registrazioni sono archiviate nella cartella di lavoro condivisa della SOS Anticorruzione e Trasparenza.

| | | | | |
|--|---|-----------------|------------------|---------------|
|  | SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza | Codice | Revisione | Pagina |
| | Procedura Aziendale Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza | PA.DA.04 | 0 | 6 di 6 |

10 Revisione

La revisione si effettua su motivazioni sostanziali, e comunque si consiglia ogni tre anni.

11 Riferimenti

- Piano Nazionale Anticorruzione;
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

12 Indice delle revisioni

| Revisione n° | Data emissione | Tipo modifica | Titolo |
|--------------|----------------|-----------------|--|
| 0 | 13/04/2022 | PRIMA EMISSIONE | Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza |

13 Lista di diffusione

- Direzione Generale
- Direzione Amministrativa
- Direzione Sanitaria
- Direzione dei Dipartimenti
- Direzioni di Area
- Direttori SOC, SOS, UFC, UFS afferenti a tutte le Aree e Direzioni

ALLEGATO 5 - SCHEMA DI REGOLAMENTO SULLA INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI

Indice generale

| | |
|--|----------|
| Riferimenti normativi..... | 3 |
| Definizioni..... | 6 |
| Art. 1 – Inconferibilità in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione..... | 10 |
| Art. 2 - Inconferibilità a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati..... | 10 |
| Art. 3- Inconferibilità di incarichi di direzione aziendale..... | 10 |
| Art. 4 - Incompatibilità tra incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati nonché tra gli stessi incarichi e le attività professionali..... | 11 |
| Art. 5 - Incompatibilità degli incarichi di direzione aziendale..... | 11 |
| Art. 6 - Incompatibilità tra incarichi dirigenziali interni e esterni e cariche di componenti degli organi di indirizzo nelle amministrazioni statali, regionali e locali..... | 12 |
| Art. 7 – Dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità..... | 13 |
| Art. 8 – Procedura di accertamento di situazioni di inconferibilità..... | 14 |
| Art. 9 – Procedimento sanzionatorio in caso di inconferibilità..... | 14 |
| Art. 10 – Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità..... | 15 |
| Art. 11 – Procedura di accertamento di situazioni di incompatibilità..... | 15 |
| Art. 12 – Vigilanza..... | 16 |

Riferimenti normativi

| | |
|---|---|
| D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. | «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.» |
| Legge Regionale Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i. | «Disciplina del servizio sanitario regionale» |
| Legge 6 novembre 2012, n. 190 | «Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione» |
| D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 | «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni» |
| D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 | «Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190» |
| D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 | «Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165» |
| Legge 30 novembre 2017, n. 179 | «Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato» |
| Art. 54-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. | «Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti» |
| Legge 7 agosto 1990, n. 241 | «Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi» |
| D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 | «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche» |
| D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 | «Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni» |
| D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 | «Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.» |
| Regolamento UE 2016/679 | «Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del |

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

| | |
|--|--|
| D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 | «Codice dei contratti pubblici» |
| Art. 51 del Codice di Procedura Civile | «Astensione del giudice» |
| Legge Regionale Toscana 29 agosto 1983, n. 68 | «Norme di attuazione dell'art. 18 della Costituzione e della Legge 25 gennaio 1982 n°17 in materia di Associazioni segrete e norme per garantire la pubblicità della situazione associativa dei titolari di cariche elettive o di nomine e designazioni regionali» |
| Delibera CIVIT - ANAC del 15 luglio 2013, n. 58 | «Parere sull'interpretazione e sull'applicazione del d.lgs. 39/2013 nel settore sanitario» |
| Delibera ANAC del 22 dicembre 2014, n. 149 | «Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n° 39/2013 nel settore sanitario» |
| Delibera ANAC del 2 settembre 2015, n. 66 | «Applicazione della normativa sulla inconferibilità di cui all'art. 8 del d.lgs. 8 aprile 2013 n° 39 al commissario straordinario dell'Azienda sanitaria provinciale di (omissis) – Fascicolo UVMAC/3208/2015» |
| Delibera ANAC del 23 settembre 2015, n. 67 | «Criteri e modalità di applicazione della sanzione di cui al comma 2 dell'art. 18 del decreto legislativo 39 del 2013, a seguito di nomina di commissario straordinario dell'IPAB (omissis) – Fascicolo UVMAC/992/2015» |
| Delibera ANAC del 23 settembre 2015, n. 68 | «Provvedimenti conseguenti all'inconferibilità di cui all'art. 8 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39 con riguardo all'incarico di commissario straordinario dell'Azienda Sanitaria provinciale di (omissis) – Fascicolo UVMAC/3208/2015» |
| Delibera ANAC del 3 agosto 2016, n. 833 | «Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione» |
| Delibera ANAC del 25 settembre 2019, n. 1146 | «Applicabilità della disciplina del decreto legislativo n° 39/2013 agli incarichi dirigenziali - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell'ambito degli enti del Servizio Sanitario» |
| Delibera ANAC del 19 febbraio 2020, n. 177 | «Linee guida in materia di Codici di comportamento delle Amministrazioni pubbliche» |
| Delibera ANAC del 4 agosto | «Richiesta di parere in ordine alla sussistenza di un'ipotesi di |

2020, n. 713

inconferibilità di cui al decreto legislativo 39/2013 in capo a un dirigente ingegnere in servizio presso l'Ospedale (omissis)»

Definizioni

| | |
|----------------------------------|---|
| ANAC | Autorità Nazionale Anticorruzione |
| DFP | Dipartimento della Funzione Pubblica |
| AUSL TC/Azienda | Azienda USL Toscana Centro |
| PNA | Piano Nazionale Anticorruzione |
| PTPCT | Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza |
| PIAO | Piano Integrato di Attività e Organizzazione |
| DG | Direttore Generale |
| DS | Direttore Sanitario |
| DA | Direttore Amministrativo |
| DSS | Direttore dei Servizi Sociali |
| RPCT | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza |
| GDL | Gruppo di lavoro a supporto del RPCT formato dal personale afferente la struttura SOS Anticorruzione e trasparenza |
| RESP | Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice |
| DIR | Direttore di Staff o di Dipartimento. il RESP ricopre anche il ruolo di DIR nel caso in cui la sua struttura non sia inserita in uno Staff o in un Dipartimento |
| REF | Referenti anticorruzione e trasparenza |
| OIV | Organismo Indipendente di Valutazione |
| UPD | Ufficio Procedimenti Disciplinari |
| SIATC | Servizio Ispettivo Aziendale |
| CRRA | Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione |
| Segnalante | Dipendente pubblico (e assimilati) che invia una segnalazione di illeciti (c.d. whistleblower) |
| Whistleblowing | Istituto di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti previsto dall'art. 54-bis D.Lgs. 165/2001 |
| Codici di comportamento | Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 62/2013 e il Codice di comportamento aziendale di cui all'art. 54, comma 5 del D.Lgs. 165/2001 |
| Pubbliche amministrazioni | Pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del |

D.Lgs. 165/2001, ivi comprese le autorità amministrative indipendenti

Enti pubblici

Enti di diritto pubblico non territoriali nazionali, regionali o locali, comunque denominati, istituiti, vigilati, finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, ovvero i cui amministratori siano da questa nominati

Enti di diritto privato in controllo pubblico

Società e altri enti di diritto privato che esercitano funzioni amministrative, attività di produzione di beni e servizi a favore delle amministrazioni pubbliche o di gestione di servizi pubblici, sottoposti a controllo ai sensi dell'articolo 2359 c.c. da parte di amministrazioni pubbliche, oppure gli enti nei quali siano riconosciuti alle pubbliche amministrazioni, anche in assenza di una partecipazione azionaria, poteri di nomina dei vertici o dei componenti degli organi

Enti di diritto privato regolati o finanziati

Società e altri enti di diritto privato, anche privi di personalità giuridica, nei confronti dei quali l'amministrazione che conferisce l'incarico:

- 1) svolga funzioni di regolazione dell'attività principale che comportino, anche attraverso il rilascio di autorizzazioni o concessioni, l'esercizio continuativo di poteri di vigilanza, di controllo o di certificazione;
- 2) abbia una partecipazione minoritaria nel capitale;
- 3) finanzi le attività attraverso rapporti convenzionali, quali contratti pubblici, contratti di servizio pubblico e di concessione di beni pubblici

Incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati

Cariche di presidente con deleghe gestionali dirette, amministratore delegato, posizioni di dirigente, e lo svolgimento stabile di attività di consulenza a favore dell'ente

Componenti di organi di indirizzo politico

Persone che partecipano, in via elettiva o di nomina, a organi di indirizzo politico delle amministrazioni statali, regionali e locali, quali Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 400/1988, parlamentare, Presidente della giunta o Sindaco, assessore o consigliere nelle regioni, nelle province, nei comuni e nelle

forme associative tra enti locali, oppure a organi di indirizzo di enti pubblici, o di enti di diritto privato in controllo pubblico, nazionali, regionali e locali

Inconferibilità

Preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal D.Lgs. 39/2013 a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi e a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico

Incompatibilità

Obbligo per il soggetto a cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico

Incarichi amministrativi di vertice

Incarichi di livello apicale, quali quelli di Segretario generale, capo Dipartimento, Direttore generale o posizioni assimilate nelle pubbliche amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico, conferiti a soggetti interni o esterni all'amministrazione o all'ente che conferisce l'incarico, che non comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione

Incarichi dirigenziali interni

Incarichi di funzione dirigenziale, comunque denominati, che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione, nonché gli incarichi di funzione dirigenziale nell'ambito degli uffici di diretta collaborazione, conferiti a dirigenti o ad altri dipendenti, ivi comprese le categorie di personale di cui all'articolo 3 del D.Lgs. 165/2001, appartenenti ai ruoli dell'amministrazione che conferisce l'incarico ovvero al ruolo di altra pubblica amministrazione. In conformità alle indicazioni contenute nella Delibera ANAC 1146/2019 sono esclusi gli incarichi dirigenziali riconducibili ai

ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non).

Incarichi dirigenziali esterni

Incarichi di funzione dirigenziale, comunque denominati, che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione, nonché gli incarichi di funzione dirigenziale nell'ambito degli uffici di diretta collaborazione, conferiti a soggetti non muniti della qualifica di dirigente pubblico o comunque non dipendenti di pubbliche amministrazioni. In conformità alle indicazioni contenute nella Delibera ANAC 1146/2019 sono esclusi gli incarichi dirigenziali riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non).

**Incarichi di amministratore di
enti pubblici e di enti privati in
controllo pubblico**

Incarichi di Presidente con deleghe gestionali dirette, amministratore delegato e assimilabili, di altro organo di indirizzo delle attività dell'ente, comunque denominato, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico

Art. 1 – Inconferibilità in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione

1.1 A coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, non possono essere attribuiti incarichi:

- dirigenziali, interni e esterni, comunque denominati (Art. 3, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 39/2013 e Determina ANAC 1146/2019);
- di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali (Art. 3, comma 1, lettera e) del D.Lgs. 39/2013);
- relativi ad uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati e che comportano esercizio di vigilanza o controllo (Art. 3, comma 4 del D.Lgs. 39/2013 e Art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001).

1.2 La durata della inconferibilità di cui al comma 1.1 del presente regolamento è quella stabilita dall'art. 3, commi 2, 3, 5 e 6 del D.Lgs. 39/2013.

Art. 2 - Inconferibilità a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati

2.1 A coloro che, nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato o finanziati dall'Azienda o che abbiano svolto in proprio attività professionali regolate, finanziate o comunque retribuite dall'Azienda, non possono essere conferiti gli incarichi dirigenziali esterni, comunque denominati, che siano relativi allo specifico settore o ufficio dell'Azienda che esercita i poteri di regolazione e finanziamento (Art. 4, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 39/2013);.

Art. 3- Inconferibilità di incarichi di direzione aziendale

3.1 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali non possono essere conferiti a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale (Art. 5, comma 1 del D.Lgs. 39/2013).

3.2 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali non possono essere conferiti a coloro che, nei cinque anni precedenti, siano stati candidati in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della Azienda (Art. 8, comma 1 del D.Lgs. 39/2013).

3.3 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali non possono essere conferiti a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano esercitato la funzione di Presidente del Consiglio dei ministri o di Ministro, Viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale (Art. 8, comma 2 del D.Lgs. 39/2013).

3.4 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali non possono essere conferiti a coloro che, nell'anno precedente, abbiano esercitato la funzione di parlamentare (Art. 8, comma 3 del D.Lgs. 39/2013).

3.5 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali non possono essere conferiti a coloro che, nei tre anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio della Regione Toscana ovvero abbiano ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale (Art. 8, comma 4 del D.Lgs. 39/2013).

3.6 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali non possono essere conferiti a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio è compreso nel territorio della Azienda (Art. 8, comma 5 del D.Lgs. 39/2013).

Art. 4 - Incompatibilità tra incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati nonché tra gli stessi incarichi e le attività professionali

4.1 Gli incarichi dirigenziali, comunque denominati, che comportano poteri di vigilanza o controllo sulle attività svolte dagli enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda, sono incompatibili con l'assunzione e il mantenimento, nel corso dell'incarico, di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda (Art. 9, comma 1 del D.Lgs. 39/2013).

4.2 Gli incarichi dirigenziali, comunque denominati, sono incompatibili con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di un'attività professionale, se questa è regolata, finanziata o comunque retribuita dall'Azienda (Art. 9, comma 2 del D.Lgs. 39/2013).

Art. 5 - Incompatibilità degli incarichi di direzione aziendale

5.1 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali della Regione Toscana sono incompatibili con gli incarichi o le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale (Art. 10, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 39/2013).

5.2 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali sono incompatibili con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività

professionale, se questa è regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale (Art. 10, comma 1, lettera b) del D.Lgs. 39/2013).

5.3 L'incompatibilità di cui ai commi 5.1 e 5.2 del presente regolamento sussiste altresì allorché gli incarichi, le cariche e le attività professionali indicate nei suddetti commi siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado (Art. 10, comma 2 del D.Lgs. 39/2013).

5.4 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali sono incompatibili con la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 400/1988, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale o di parlamentare (Art. 14, comma 1 del D.Lgs. 39/2013).

5.5 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali sono incompatibili con la carica di componente della giunta o del consiglio della Regione Toscana e con la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale (Art. 14, comma 2, lettera a) del D.Lgs. 39/2013).

5.6 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali sono incompatibili con la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della Regione Toscana (Art. 14, comma 2, lettera b) del D.Lgs. 39/2013).

5.7 Gli incarichi di direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore dei servizi sociali sono incompatibili con la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione Toscana, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della Regione Toscana (Art. 14, comma 2, lettera c) del D.Lgs. 39/2013).

Art. 6 - Incompatibilità tra incarichi dirigenziali interni e esterni e cariche di componenti degli organi di indirizzo nelle amministrazioni statali, regionali e locali

6.1 Gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, sono incompatibili con l'assunzione, nel corso dell'incarico, della carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 400/1988 o di parlamentare (Art. 12, comma 2 del D.Lgs. 39/2013).

6.2 Gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, sono incompatibili con la carica di componente della giunta o del consiglio della Regione Toscana (Art. 12, comma 3, lettera a) e comma 4, lettera a) del D.Lgs. 39/2013).

6.3 Gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, sono incompatibili con la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della Regione Toscana (Art. 12, comma 3, lettera b) e comma 4, lettera b) del D.Lgs. 39/2013).

6.4 Gli incarichi dirigenziali, interni e esterni, sono incompatibili con la carica di componente di organi di indirizzo negli enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione Toscana, nonchè di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione (Art. 12, comma 3 lettera c) e comma 4, lettera c) del D.Lgs. 39/2013).

Art. 7 – Dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità

7.1 All'atto del conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo o di direttore dei servizi sociali, l'interessato deve rilasciare al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità di cui agli artt. 1 e 3 del presente regolamento, utilizzando il modello 1 allegato al presente regolamento (Art. 20, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

7.2 All'atto del conferimento di un incarico dirigenziale, interno o esterno, comunque denominato, l'interessato deve rilasciare al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di inconferibilità di cui agli artt. 1 e 2 del presente regolamento, utilizzando il modello 2 allegato al presente regolamento (Art. 20, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

7.3 Le dichiarazioni di cui ai commi 7.1 e 7.2 sono condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico (Art. 20, comma 4, del D.Lgs. 39/2013).

7.4 Gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni contenute negli artt. 1, 2 e 3 del presente regolamento e i relativi contratti sono nulli. (Art. 17, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

7.5 Il direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico effettua un controllo sulle dichiarazioni di cui ai commi 7.1 e 7.2 del presente regolamento prima dell'assegnazione dell'incarico, sulla base del Curriculum Vitae, dei fatti notori comunque acquisiti, la eventuale documentazione disponibile nel fascicolo del dipendente e delle informazioni reperibili attraverso le banche dati a disposizione dell'Azienda (Art. 71 del DPR 445/2000).

7.6 Le dichiarazioni di cui ai commi 7.1 e 7.2 del presente regolamento sono pubblicate nella sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente" (Art. 20, comma 3, del D.Lgs. 39/2013).

Art. 8 – Procedura di accertamento di situazioni di inconferibilità

8.1 Il RPCT qualora rilevi una situazione di inconferibilità, anche su segnalazione di altri soggetti, invia al soggetto titolare dell’incarico e per conoscenza alla Direzione Aziendale e ai soggetti che hanno conferito l’incarico, un atto di contestazione che contiene una breve indicazione del fatto, della nomina ritenuta inconferibile e della norma che si assume violata, nonché l’invito a presentare entro cinque giorni memorie tali da consentire l’esercizio del diritto di difesa.

8.2 Il RPCT effettua una istruttoria di carattere oggettivo e documentale che contempli anche una fase di contraddittorio con il titolare dell’incarico. Per l’istruttoria, il RPCT può avvalersi anche del supporto delle strutture competenti per acquisire tutti gli elementi necessari o richiedere parere all’ANAC ai sensi dell’art. 16, comma 3 del D.Lgs. 39/2013. L’attività istruttoria deve concludersi entro 30gg. In caso di particolare complessità del procedimento, il termine può essere prorogato di ulteriori 30gg (Art. 16, comma 3 del D.Lgs. 39/2013).

8.3 All’esito dell’istruttoria il RPCT conclude il procedimento con l’archiviazione, in caso di riscontrata assenza delle cause di inconferibilità contestate, oppure con un provvedimento di declaratoria della nullità dell’incarico conferito nei confronti del soggetto incaricato. Il provvedimento ha natura vincolata (Art. 15, comma 1 del D.Lgs. 39/2013).

Art. 9 – Procedimento sanzionatorio in caso di inconferibilità

9.1 Il RPCT all’esito di una procedura di accertamento di situazioni di inconferibilità conclusa con un provvedimento di declaratoria della nullità dell’incarico, invia all’organo che ha conferito l’incarico, un atto di contestazione che contiene una breve indicazione del fatto, della nomina ritenuta inconferibile e della norma che si assume violata, nonché l’invito a presentare entro cinque giorni memorie tali da consentire l’esercizio del diritto di difesa.

9.2 Il RPCT effettua una istruttoria di carattere oggettivo e documentale, cui si aggiunge la verifica del presupposto soggettivo del dolo e della colpa, che contempli anche una fase di contraddittorio con l’organo che ha conferito l’incarico. A tale scopo il RPCT valuterà il contenuto delle dichiarazioni rese dal soggetto incaricato, se queste sono state rese secondo la modulistica approvata con la presente procedura, la tempistica di compilazione e se sono state poste in essere le attività di verifica di cui al comma 7.5 del presente regolamento ed i relativi tempi. Per l’istruttoria, il RPCT può avvalersi anche del supporto delle strutture competenti per acquisire tutti gli elementi necessari. L’attività istruttoria deve concludersi entro 30gg dall’invio della contestazione. In caso di particolare complessità del procedimento, il termine può essere prorogato di ulteriori 30gg.

9.3 All’esito dell’istruttoria il RPCT conclude il procedimento con l’archiviazione, in caso non emergano responsabilità, oppure con un provvedimento che dichiara la sanzione inibitoria prevista dall’art. 18 del D.Lgs. 39/2013, che è personale, interdittiva, fissa e non graduabile verso l’organo

che ha conferito l'incarico. Tale sanzione ha come effetto secondario il trasferimento temporaneo, per legge, del potere di conferire incarichi in capo alla Giunta Regionale della Regione Toscana (Art. 18, comma 2 del D.Lgs. 39/2013).

9.4 Gli atti di accertamento della violazione di cui ai commi 8.3 e 9.3 del presente regolamento sono pubblicati sul sito Amministrazione Trasparente, nella sezione "Sanzioni per mancata comunicazione dei dati" (Art. 18, comma 5 del D.Lgs. 39/2013).

Art. 10 – Dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità

10.1 All'atto del conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo o di direttore dei servizi sociali, l'interessato deve rilasciare al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità di cui all'art. 5 del presente regolamento, utilizzando il modello 3 allegato al presente regolamento (Art. 20, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

10.2 All'atto del conferimento di un incarico dirigenziale, interno o esterno, comunque denominato, l'interessato deve rilasciare al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico una dichiarazione sulla insussistenza delle cause di incompatibilità di cui agli artt. 4 e 6 del presente regolamento, utilizzando il modello 4 allegato al presente regolamento (Art. 20, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

10.3 Le dichiarazioni di cui ai commi 10.1 e 10.2 del presente regolamento devono essere rese annualmente, entro il 31/12, dagli stessi soggetti per tutta la durata dell'incarico utilizzando il relativo modello 3 o 4 (Art. 20, comma 2, del D.Lgs. 39/2013).

10.4 Il direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico effettua un controllo sulle dichiarazioni di cui ai commi 10.1, 10.2 e 10.3 sulla base del Curriculum Vitae, dei fatti noti comunque acquisiti, la eventuale documentazione disponibile nel fascicolo del dipendente e delle informazioni reperibili attraverso le banche dati a disposizione dell'Azienda (Art. 71 del DPR 445/2000).

10.5 Le dichiarazioni di cui ai commi 10.1, 10.2 e 10.3 del presente regolamento sono pubblicate nella sezione del sito aziendale denominata "Amministrazione Trasparente" (Art. 20, comma 3, del D.Lgs. 39/2013).

Art. 11 – Procedura di accertamento di situazioni di incompatibilità

11.1 Il RPCT qualora rilevi una situazione di incompatibilità, anche su segnalazione di altri soggetti, invia al dirigente titolare dell'incarico e per conoscenza alla Direzione Aziendale, un atto di contestazione che contiene una breve indicazione del fatto, della nomina ritenuta incompatibile e della norma che si assume violata, nonché l'invito a presentare entro cinque giorni memorie tali da consentire l'esercizio del diritto di difesa.

11.2 Il RPCT effettua una istruttoria di carattere oggettivo e documentale che contempri anche una fase di contraddittorio con il titolare dell'incarico. Per l'istruttoria, il RPCT può avvalersi anche del supporto delle strutture competenti per acquisire tutti gli elementi necessari. L'attività istruttoria deve concludersi entro 30gg. In caso di particolare complessità del procedimento, il termine può essere prorogato di ulteriori 30gg.

11.3 All'esito dell'istruttoria il RPCT conclude il procedimento con l'archiviazione, in caso di riscontrata assenza delle cause di incompatibilità contestata, oppure con un atto di diffida ad esercitare l'opzione tra uno dei due incarichi ritenuti incompatibili e a comunicare la decisione al RPCT e alla Direzione Aziendale nel termine di 15 giorni (Art. 15, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

11.4 Qualora il dirigente destinatario della diffida di cui al comma 11.3 del presente regolamento non eserciti l'opzione, la Direzione Aziendale adotta un provvedimento dichiarativo della decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto, di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del RPCT, dell'insorgere della causa di incompatibilità. Restano ferme le disposizioni che prevedono il collocamento in aspettativa dei dipendenti in caso di incompatibilità. (Art. 19, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

Art. 12 – Vigilanza

12.1 Il RPCT segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del presente decreto all'ANAC, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 2015/2004, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative (Art. 15, comma 2, del D.Lgs. 39/2013).

| | | |
|---------------|---|-------------|
| Mod. 1 | DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER DS, DA, DSS | Pag. 1 di 3 |
|---------------|---|-------------|

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

in relazione all'incarico di¹:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore dei Servizi Sociali.

di non trovarsi in una delle situazioni di inconferibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, comma 1, D.Lgs. 39/2013)²;
- di non aver svolto, nei due anni precedenti, incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR (art. 5, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- di non essere stato, nei cinque anni precedenti, candidato alle elezioni europee, nazionali, regionali e locali in collegi elettorali che comprendano il territorio della AUSL Toscana Centro (art. 8, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- di non aver esercitato, nei due anni precedenti, la funzione di Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Vice-ministro, Sottosegretario nel Ministero della salute o di altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (art. 8, comma 2, D.Lgs. 39/2013);
- di non aver esercitato, nell'anno precedente, funzioni di parlamentare (art. 8, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- di non aver fatto parte, nei tre anni precedenti, della Giunta o del consiglio della Regione Toscana ovvero di non aver ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Regionale (art. 8, comma 4, D.Lgs. 39/2013);
- di non aver fatto parte, nei due anni precedenti, della giunta o del consiglio di una provincia o di un comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni, avente la medesima popolazione, il cui territorio è ricompreso nel territorio della AUSL Toscana Centro (art. 8, comma 5, D.Lgs. 39/2013).

dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

¹ Barrare la casella relativa alle dichiarazioni rese.

² La durata della inconferibilità è quella stabilita dall'art. 3, commi 2, 3, 5 e 6 del D.Lgs. 39/2013.

| | | |
|---------------|---|-------------|
| Mod. 1 | DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER DS, DA, DSS | Pag. 2 di 3 |
|---------------|---|-------------|

- la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale (art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- la situazione di inconferibilità non può essere sanata;
- gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e i relativi contratti sono nulli e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale (artt. 17 e 18, comma 5, D.Lgs. 39/2013);
- eventuali situazioni di inconferibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- ferma restando ogni altra responsabilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall’Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comportano la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di cinque anni (art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013);

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE 679/2016 allegata al presente modulo.

Data e luogo

Firma³

³Il presente modulo è stato firmato digitalmente

| | | |
|---------------|---|-------------|
| Mod. 1 | DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER DS, DA, DSS | Pag. 3 di 3 |
|---------------|---|-------------|

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) L'Azienda è il titolare del trattamento, rappresentata dal Direttore Generale, Dr. (tel. – email
- 2) Il Responsabile della protezione dei dati aziendale (RPD) è (tel. email
- 3) Il trattamento cui sono destinati i suoi dati personali è finalizzato al perfezionamento del procedimento di conferimento dell'incarico mediante acquisizione preliminare di una dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconferibilità, secondo quanto previsto dall'art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39.
- 4) Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la conclusione del procedimento di nomina. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.
- 5) Il titolare del trattamento non intende trasferire i suoi dati ad un paese terzo o ad un'organizzazione internazionale.
- 6) I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 7) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati dell'Azienda Usl Toscana Sud Est.
- 8) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).
- 9) Dal momento che la comunicazione dei dati personali costituisce un obbligo di legge ai sensi del citato D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39, la mancata comunicazione degli stessi comporta l'impossibilità di concludere il procedimento di conferimento dell'incarico.

| | | |
|---------------|--|-------------|
| Mod. 2 | DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI | Pag. 1 di 2 |
|---------------|--|-------------|

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

in relazione all'incarico dirigenziale: _____

di non trovarsi in una delle situazioni di inconferibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, comma 1, D.Lgs. 39/2013)¹;
- nei due anni precedenti, di non aver svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato o finanziati dal settore o dall'ufficio relativi all'incarico dirigenziale in questione o di non aver svolto in proprio attività professionali regolate, finanziate o comunque retribuite dal settore o dall'ufficio relativi all'incarico dirigenziale in questione (Art. 4, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 39/2013);

dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

- la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale (art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- la situazione di inconferibilità non può essere sanata;
- gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e i relativi contratti sono nulli e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale (artt. 17 e 18, comma 5, D.Lgs. 39/2013);
- eventuali situazioni di inconferibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- ferma restando ogni altra responsabilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall'Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comportano la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di cinque anni (art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013);

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 allegata al presente modulo.

Data e luogo

Firma²

¹ La durata della inconferibilità è quella stabilita dall'art. 3, commi 2, 3, 5 e 6 del D.Lgs. 39/2013.

²Il presente modulo è stato firmato digitalmente

| | | |
|---------------|--|-------------|
| Mod. 2 | DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI | Pag. 2 di 2 |
|---------------|--|-------------|

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell’articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) L’Azienda è il titolare del trattamento, rappresentata dal Direttore Generale, Dr. (tel. – email
- 2) Il Responsabile della protezione dei dati aziendale (RPD) è (tel. email
- 3) Il trattamento cui sono destinati i suoi dati personali è finalizzato al perfezionamento del procedimento di conferimento dell’incarico mediante acquisizione preliminare di una dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconferibilità, secondo quanto previsto dall’art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39.
- 4) Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la conclusione del procedimento di nomina. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.
- 5) Il titolare del trattamento non intende trasferire i suoi dati ad un paese terzo o ad un’organizzazione internazionale.
- 6) I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 7) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati dell’Azienda Usl Toscana Sud Est.
- 8) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell’Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).
- 9) Dal momento che la comunicazione dei dati personali costituisce un obbligo di legge ai sensi del citato D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39, la mancata comunicazione degli stessi comporta l’impossibilità di concludere il procedimento di conferimento dell’incarico.

| | | |
|---------------|---|-------------|
| Mod. 3 | DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER DS, DA, DSS | Pag. 1 di 3 |
|---------------|---|-------------|

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

in relazione all'incarico di¹:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore dei Servizi Sociali.

di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- di non avere incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale (art. 10, comma 1, lettera a, D.Lgs. 39/2013)²;
- di non svolgere in proprio attività professionale regolata o finanziata dal Servizio Sanitario Regionale Toscano (art. 10, comma 1, lettera b, D.Lgs. 39/2013)³;
- di non avere la carica di Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400 (art. 14, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- di non essere amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale o di parlamentare (art. 14, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di componente della giunta o del consiglio della Regione Toscana ovvero la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Regionale (art. 14, comma 2, lettera a, D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni, avente la medesima popolazione, ricompresi nella Regione Toscana (art. 14, comma 2, lettera b, D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di presidente o amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione Toscana, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni, aventi la medesima popolazione, ricompresi nella Regione Toscana (art. 14, comma 2, lettera c, D.Lgs. 39/2013);

dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

¹ Barrare la casella relativa alle dichiarazioni rese.

² L'incompatibilità sussiste altresì allorché gli incarichi e le cariche siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado (art. 10, comma 2, D.Lgs. 39/2013).

³ L'incompatibilità sussiste altresì allorché le attività professionali siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado (art. 10, comma 2, D.Lgs. 39/2013).

| | | |
|---------------|---|-------------|
| Mod. 3 | DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER DS, DA, DSS | Pag. 2 di 3 |
|---------------|---|-------------|

- la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale (art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- la dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità, di cui al D.Lgs. 39/2013, dovrà essere presentata dal sottoscritto al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell’incarico entro il 31/12 di ogni anno nel corso dell’incarico, utilizzando il presente modulo (art. 20, comma 2, D.Lgs. 39/2013);
- se la situazione di incompatibilità dovesse emergere nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza contesterà la circostanza al sottoscritto e la causa dovrà essere rimossa entro 15 giorni. In caso contrario, la legge prevede la decadenza dall’incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- eventuali situazioni di incompatibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e i relativi contratti sono nulli e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale (artt. 17 e 18, comma 5, D.Lgs. 39/2013);
- ferma restando ogni altra responsabilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall’Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comportano la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di cinque anni (art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013);

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE 679/2016 allegata al presente modulo.

Data e luogo

Firma⁴

⁴Il presente modulo è stato firmato digitalmente

| | | |
|---------------|---|-------------|
| Mod. 3 | DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER DS, DA, DSS | Pag. 3 di 3 |
|---------------|---|-------------|

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell’articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) L’Azienda è il titolare del trattamento, rappresentata dal Direttore Generale, Dr. (tel. – email
- 2) Il Responsabile della protezione dei dati aziendale (RPD) è (tel. email
- 3) Il trattamento cui sono destinati i suoi dati personali è finalizzato all’acquisizione annuale di una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità, secondo quanto previsto dall’art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39.
- 4) Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la conclusione del procedimento di nomina. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.
- 5) Il titolare del trattamento non intende trasferire i suoi dati ad un paese terzo o ad un’organizzazione internazionale.
- 6) I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 7) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati dell’Azienda Usl Toscana Sud Est.
- 8) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell’Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).
- 9) Dal momento che la comunicazione dei dati personali costituisce un obbligo di legge ai sensi del citato D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39, la mancata comunicazione degli stessi comporta l’impossibilità di concludere il procedimento di conferimento dell’incarico.

| | | |
|---------------|--|-------------|
| Mod. 4 | DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI | Pag. 1 di 3 |
|---------------|--|-------------|

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

in relazione all'incarico dirigenziale: _____

di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- nel caso in cui l'incarico dirigenziale comporti poteri di vigilanza o controllo sulle attività svolte dagli enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda, di non avere incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda (art. 9, comma 1 del D.Lgs. 39/2013);
- di non svolgere in proprio un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dall'Azienda (art. 9, comma 2 del D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 400/1988 o di parlamentare (art. 12, comma 2 del D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di componente della Giunta o del Consiglio della Regione Toscana (art. 12, comma 3, lettera a) e comma 4, lettera a) del D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della Regione Toscana (art. 12, comma 3, lettera b) e comma 4, lettera b) del D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione Toscana, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione (Art. 12, comma 3 lettera c) e comma 4, lettera c) del D.Lgs. 39/2013).

dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

- la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale (art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- la dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità, di cui al D.Lgs. 39/2013, dovrà essere presentata dal sottoscritto al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell'incarico entro il 31/12 di ogni anno nel corso dell'incarico, utilizzando il presente modulo (art. 20, comma 2, D.Lgs. 39/2013);
- se la situazione di incompatibilità dovesse emergere nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza contesterà la circostanza al sottoscritto e la causa dovrà essere rimossa entro 15 giorni. In caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19, comma 1, D.Lgs. 39/2013);

| | | |
|---------------|--|-------------|
| Mod. 4 | DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI | Pag. 2 di 3 |
|---------------|--|-------------|

- eventuali situazioni di incompatibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e i relativi contratti sono nulli e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale (artt. 17 e 18, comma 5, D.Lgs. 39/2013);
- ferma restando ogni altra responsabilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall'Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comportano la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di 5 anni (art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013);

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 allegata al presente modulo.

Data e luogo

Firma¹

¹Il presente modulo è stato firmato digitalmente

| | | |
|---------------|--|-------------|
| Mod. 4 | DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI | Pag. 3 di 3 |
|---------------|--|-------------|

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell’articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) L’Azienda è il titolare del trattamento, rappresentata dal Direttore Generale, Dr. (tel. – email
- 2) Il Responsabile della protezione dei dati aziendale (RPD) è (tel. email
- 3) Il trattamento cui sono destinati i suoi dati personali è finalizzato all’acquisizione annuale di una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità, secondo quanto previsto dall’art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39.
- 4) Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la conclusione del procedimento di nomina. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.
- 5) Il titolare del trattamento non intende trasferire i suoi dati ad un paese terzo o ad un’organizzazione internazionale.
- 6) I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 7) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati dell’Azienda Usl Toscana Sud Est.
- 8) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell’Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).
- 9) Dal momento che la comunicazione dei dati personali costituisce un obbligo di legge ai sensi del citato D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39, la mancata comunicazione degli stessi comporta l’impossibilità di concludere il procedimento di conferimento dell’incarico.



PIAO 2023-2025
ALLEGATO 6 – LINEE GUIDA SULLA ROTAZIONE ORDINARIA E
STRAORDINARIA

Rev. 06/05/22

ALLEGATO 6 – LINEE GUIDA SULLA
ROTAZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA

Indice generale

| | |
|---|----------|
| 1. Definizioni..... | 1 |
| 2. Riferimenti normativi..... | 2 |
| 3. Introduzione..... | 3 |
| 4. La rotazione ordinaria..... | 3 |
| 4.1. Criteri generali..... | 3 |
| 4.2. Criteri specifici..... | 4 |
| 4.3. Limiti per l'attuazione della rotazione..... | 4 |
| 4.4. Modalità di applicazione..... | 5 |
| 4.5. Formazione..... | 5 |
| 4.6. Misure alternative..... | 5 |
| 5. La rotazione straordinaria..... | 6 |
| 5.1. I reati presupposto..... | 6 |
| 5.2. Modalità di applicazione..... | 7 |

1. Definizioni

| | |
|----------------------------|---|
| ANAC | Autorità Nazionale Anticorruzione |
| DFP | Dipartimento della Funzione Pubblica |
| Aziende | Aziende Sanitarie e Ospedaliere ed Enti del SSR |
| PNA | Piano Nazionale Anticorruzione |
| PTPCT | Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza |
| PIAO | Piano Integrato di Attività e Organizzazione |
| DG | Direttore Generale |
| DS | Direttore Sanitario |
| DA | Direttore Amministrativo |
| DSS | Direttore dei Servizi Sociali |
| Direzione Aziendale | Organo di vertice dell'Azienda |
| RPCT | Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza |

| | |
|--------------------------------|--|
| REF | Referenti anticorruzione e trasparenza |
| OIV | Organismo Indipendente di Valutazione |
| UPD | Ufficio Procedimenti Disciplinari |
| CRRA | Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione |
| Codici di comportamento | Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. 62/2013 e il Codice di comportamento aziendale di cui all'art. 54, comma 5 del D.Lgs. 165/2001. |

2. Riferimenti normativi

| | |
|--|--|
| Legge 6 novembre 2012, n. 190 | Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione |
| D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 | Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche. |
| Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 | Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera lquater, del d.lgs. n. 165 del 2001 |
| Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 | Piano Nazionale Anticorruzione 2019 |
| CCNL dell'Area Sanità (Triennio 2016-2018) | Articolo 19, comma 9, lett. e) |
| CCNL del personale dell'Area delle funzioni locali (Triennio 2016-2018) | Articolo 71, comma 12, lett.e) |

3. Introduzione

La misura della rotazione, così come definita nel PNA, concorre, insieme alle altre misure organizzative, a prevenire e ridurre il verificarsi di eventi corruttivi, soprattutto nelle aree a più elevato rischio.

All'interno del S.S.N. l'applicazione di questa misura presenta delle criticità legate alla specificità delle competenze richieste nello svolgimento di determinate funzioni. Il settore è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate che spesso sono possedute da un numero molto limitato di soggetti.

Per questi motivi il Coordinamento Regionale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (CRRA) ha ritenuto opportuno fornire alle Aziende sanitarie e agli altri enti del SSR, le seguenti indicazioni generali, condivise dal Coordinamento Regionale, per rendere praticabile la rotazione degli incarichi in quest'ambito, attraverso la definizione di adeguati criteri che non vadano a detrimento del principio di continuità dell'azione amministrativa.

Per quanto non previsto nel presente documento si rinvia alla deliberazione ANAC 215 del 2019 e alle disposizioni normative vigenti in materia.

4. La rotazione ordinaria

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

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

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

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

4.1. Criteri generali

Tenuto conto dell'impatto che la rotazione ha sull'intera struttura organizzativa, è consigliabile che le Aziende seguano un criterio di gradualità nella programmazione per evitare l'eventuale rallentamento dell'attività ordinaria e gravi ricadute sui servizi svolti: in attesa che questa si realizzi compiutamente, gli enti del SSR potranno adottare, come evidenziato nel paragrafo precedente, misure alternative in grado di produrre analoghi effetti sulla riduzione del rischio.

La rotazione può essere realizzata anche attraverso e nell'ambito di interventi finalizzati alla riorganizzazione complessiva o parziale dell'Azienda.

La rotazione è una misura rivolta al personale in servizio sia a tempo determinato che indeterminato, con qualsiasi tipologia di incarico (p.e. 15 septies, octies, incarichi libero professionali, ecc.) della dirigenza e del comparto operante nelle aree a rischio con esercizio decisorio o discrezionale.

La rotazione si applicherà prioritariamente al personale destinatario di incarichi dirigenziali nelle aree a maggior rischio di corruzione come risulta dalla valutazione del rischio effettuata nel PTPCT/PIAO dell'Azienda.

4.2. Criteri specifici

Fatto salvo quanto previsto dall'art. 16 , comma 1, lettera l – quater del D. Lgs. 165/2001 in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per fatti di natura corruttiva, si procederà alla rotazione:

- Per il personale della dirigenza, alla scadenza dell'incarico, prioritariamente per i titolari di incarichi in aree ad alto rischio;
- Per le posizioni organizzative, egualmente, alla scadenza dell'incarico, prioritariamente per i titolari di P.O, che operano in aree ad alto rischio;
- Per il restante parte del personale saranno le aziende a valutare i tempi, tenendo conto della valutazione dei rischi, ma anche delle esigenze organizzative delle strutture.

4.3. Limiti per l'attuazione della rotazione

Nella rotazione ordinaria, il coordinamento suggerisce di tenere conto dei seguenti limiti:

- **Vincoli oggettivi:** correlare la rotazione all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle di tipo tecnico (cosiddetta infungibilità) o previste per legge (p.e una particolare abilitazione professionale o iscrizione ad albo);
- **Vincoli soggettivi:** assicurare che la rotazione sia compatibile con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati laddove le misure si riflettano ad es. sulla sede del dipendente.

Inoltre, la rotazione non dovrebbe essere applicata:

- ai profili professionali per i quali è previsto, ai fini dell'assunzione, il possesso di titoli di studio specialistici di cui è titolare una sola unità lavorativa;

- ai profili dirigenziali infungibili. Sono generalmente ritenuti infungibili i dirigenti sanitari (medici, veterinari, odontoiatri, biologi, chimici fisici, farmacisti e psicologi) che sono inquadrati con un profilo ed una disciplina specifici. Tale limitazione non si applica a quelli che svolgono funzioni prevalentemente manageriali. L'infungibilità non si applica a categorie professionali omogenee per le quali la rotazione ordinaria può avvenire nell'ambito dello stesso Dipartimento o in Dipartimenti omogenei.

4.4. Modalità di applicazione

E' consigliabile che la misura della rotazione ordinaria venga applicata, di norma, in base alla seguente procedura. Ciascuna Azienda o Ente potrà discostarsene sulla base della propria Organizzazione motivando ed evidenziando le modalità alternative di attuazione in grado di raggiungere finalità analoghe:

1. Il Direttore delle Risorse Umane provvede a trasmettere annualmente alla Direzione Aziendale un Piano di rotazione contenente l'elenco dei dirigenti e delle posizioni organizzative con incarichi da sottoporre a rotazione nell'anno successivo secondo i criteri generali e specifici riportati nei paragrafi 4.1, 4.2 e 4.3;
2. La Direzione Aziendale, preso atto dell'elenco, stabilisce gli incarichi da conferire previa rotazione, prioritariamente nelle aree definite a rischio alto, secondo i criteri stabiliti dai regolamenti aziendali per l'attribuzione degli incarichi e valorizzazione dei percorsi di carriera del personale della dirigenza Sanitaria, PTA e del comparto. Per l'applicazione della misura dovranno essere tenuti in considerazione i criteri specifici di cui al paragrafo 4.2 e i limiti riportati nel paragrafo 4.3;
3. Il personale del comparto viene inserito in una sezione dedicata del Piano di rotazione. La Direzione valuta di volta in volta l'effettiva necessità di rotazione;
4. Il Direttore delle Risorse Umane comunica al RPCT gli incarichi stabiliti a rotazione secondo quanto deciso dalla Direzione

Aziendale. Nei rimanenti casi ne indica la motivazione e le misure alternative poste in atto;

5. Nella relazione annuale il RPCT espone il livello di attuazione delle misure di rotazione e delle relative misure di formazione, secondo quanto comunicato dal Direttore delle Risorse Umane.

4.5. Formazione

E' consigliabile che dopo l'approvazione del Piano di rotazione siano attivati appositi percorsi formativi e di aggiornamento per creare competenze di carattere trasversale e professionalità idonee a supportare la concreta attuazione del principio di rotazione.

Questi percorsi dovrebbero prevedere l'affiancamento del dirigente da ruotare al subentrante, per la trasmissione delle conoscenze e competenze necessarie per lo svolgimento della nuova attività soprattutto nelle aree a maggior rischio.

Per il comparto, è importante che il personale soggetto a rotazione svolga una adeguata attività di formazione e di affiancamento per acquisire le conoscenze e la perizia necessarie all'espletamento delle nuove attività.

4.6. Misure alternative

Qualora, per i limiti riportati nel paragrafo 4.3, non si possa procedere alla rotazione si possono adottare, compatibilmente con la realtà della struttura interessata, le misure alternative di seguito indicate:

- In caso di concentrazioni di mansioni in capo ad un unico soggetto verificare la possibilità di affidare le diverse fasi procedurali a più persone, pur rimanendo il Dirigente/PO competente alla produzione dell'atto finale;
- Nelle aree ad alto rischio e per le istruttorie più delicate, promuovere meccanismi di condivisione delle fasi procedurali provvedendo ad affiancare all'istruttore un'altra unità lavorativa in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria.

E' strumento idoneo alla rotazione del personale prevedere avvisi per incentivare la mobilità interaziendale.

5. La rotazione straordinaria

La rotazione straordinaria prevista dalla legge è una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, finalizzata a intervenire tempestivamente nell'area ove si sono verificati fatti oggetto di un procedimento penale, anche a tutela dell'immagine di imparzialità dell'Azienda.

La Legge 27 marzo 2001, n. 97 (Norme sul rapporto tra procedimento penale e procedimento disciplinare ed effetti del giudicato penale nei confronti dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche.) stabilisce che quando nei confronti di un dipendente dell'Azienda è disposto il giudizio per alcuni dei delitti previsti dagli articoli 314, primo comma, 317, 318, 319, 319-ter, 319-quater e 320 del codice penale e dall'articolo 3 della legge 1383/1941, l'Azienda lo trasferisce ad un ufficio diverso da quello in cui prestava servizio al momento del fatto, con attribuzione di funzioni corrispondenti, per inquadramento, mansioni e prospettive di carriera, a quelle svolte in precedenza. In caso di impossibilità (in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi), il dipendente è invece posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento. In caso di condanna non definitiva, il dipendente è sospeso dal servizio. Nel caso sia pronunciata sentenza penale irrevocabile di condanna, salvo quanto previsto dall'art. 32 quinquies c.p., il dipendente è sottoposto a procedimento disciplinare, che può concludersi con il licenziamento.

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

5.1. I reati presupposto

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

5.2. Modalità di applicazione

Tutti i dirigenti devono vigilare sull'applicazione della misura in base a quanto stabilito all'art. 16, comma 1, lett. l-quater del D.Lgs. 165/2001.

I dirigenti, l'UPD, l'ufficio Affari Legali, secondo le rispettive competenze, segnalano tempestivamente al Direttore delle Risorse Umane l'avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva a carico di un dipendente. Secondo quanto previsto dalla delibera ANAC 215/2019, l'avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 C.P.P., in quanto, è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale.

Salvo i casi in cui è prevista per legge la sospensione o l'estinzione del rapporto di lavoro, l'adozione del provvedimento della rotazione è obbligatoria per i reati presupposto richiamati al paragrafo 5.1, mentre, è facoltativa nel caso di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la pubblica amministrazione (di cui al Capo I del Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconferibilità ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 39/2013, dell'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e del D.Lgs. n. 235/2012).

Il Direttore delle Risorse Umane, sulla base della segnalazione ricevuta, in accordo con la Direzione Aziendale, adotta un provvedimento motivato con il quale viene stabilito se la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'Azienda e, eventualmente, si dispone la rotazione straordinaria. Il trasferimento ad altro incarico/attività può avvenire con un trasferimento di sede o con una attribuzione di diverso incarico/attività nella stessa sede dell'Azienda. Il Direttore delle Risorse Umane può anche non disporre la rotazione purché sia stata fatta una valutazione trasparente in base all'esigenza di tutelare l'immagine di imparzialità dell'Azienda.

In analogia con quanto previsto dalla Legge 97/2001, in caso di impossibilità (in ragione della qualifica rivestita, ovvero per obiettivi motivi organizzativi), il dipendente è invece posto in posizione di aspettativa o di disponibilità, con diritto al trattamento economico in godimento.

E' opportuno che le Aziende introducano nei propri codici di comportamento l'obbligo per i dipendenti di comunicare la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio.



PIAO 2023-2025
ALLEGATO 7 – PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE
2022- 2024

Rev. 26/01/23

ALLEGATO 7 – PIANO TRIENNALE DEI
FABBISOGNI DI PERSONALE 2022- 2024

Azienda Us1 Toscana Centro



PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2022- 2024

SOMMARIO

| | |
|---|-----------|
| 1.Introduzione | 3 |
| 2. Inquadramento normativo contrattuale del Piano triennale dei fabbisogni | 4 |
| 3. Consistenza e costi del personale al 31/12/2021 | 6 |
| 4. Cessazioni e assunzioni previste negli anni 2022, 2023 e 2024 | 7 |
| 5. Progetti di attività aggiuntiva | 9 |
| 6. Specialistica ambulatoriale | 10 |
| 7. Sintesi conclusiva | 11 |

1 - Introduzione

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

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

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

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

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

2 – Inquadramento normativo concettuale del Piano triennale dei Fabbisogni

Il piano triennale dei fabbisogni di personale, previsto dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, così come novellato dal D.Lgs n. 75 del 2017, è uno strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle amministrazioni in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e ad assicurare, da parte delle amministrazioni destinatarie, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Il presente PTFP viene definito in coerenza con l'attività di programmazione complessivamente intesa sia come documento che si pone alla base delle regole costituzionali di buona amministrazione, sia come strumento imprescindibile di un'organizzazione chiamata a garantire il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese.

Nella predisposizione del PTFP l'Azienda si pone l'ambizioso obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ai propri residenti.

Il PTFP si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale adottato dal Direttore Generale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività, ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze, soprattutto in questo periodo, possono anche richiedere eventuali modifiche in corso d'anno ove ci si trovi di fronte a situazioni nuove e non prevedibili e purchè tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

La logica alla quale si ispira il presente documento è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie a far fronte ai fabbisogni. Queste ultime sono il frutto di una analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali che, nel caso della nostra Azienda, sono prevalente ma non esclusivamente

riconducibili alle professioni sanitarie e di “core business” piuttosto che a quelle di supporto o di back office.

Il presente PTFP, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, si ispira ai principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione.

Il PTFP nel rispetto dell'art. 16 del D.lgs n.33 del 14 marzo 2013 “*obblighi di pubblicazione concernenti la dotazione organica e il costo del personale con rapporto di lavoro a tempo determinato*” una volta adottato viene comunicato a SICO quale ente dedicato all’acquisizione dei flussi informativi previsti dal Titolo V del D.Lgs. n.165/2001, riguardanti il personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche.

Coerentemente con quanto richiesto dalle Linee di indirizzo ministeriali, il presente PTFP indica anche:

1. le scelte operate in materia di procedure di “stabilizzazione” previste dal D.Lgs 75/2017 e ss.mm.ii, dalla Legge di Bilancio 2022, secondo le indicazioni contenute nella delibera di Giunta Regionale Toscana n. 700 del 20.06.2022;
2. il ricorso ad ogni forma di lavoro flessibile;
3. le assunzioni obbligatorie della Legge n. 68/99 e le categorie protette nel rispetto della normativa prevista in materia di quote d'obbligo.

Il presente PTFP è predisposto in coerenza con l'atto aziendale approvato ai sensi dell'art. 3, comma 1-bis del d.lgs n. 502/92 e viene sottoposto alla Regione Toscana per la sua approvazione.

3 – Consistenza e costi del personale al 31/12/2021

L'anno 2021 si è concluso con un quadro del personale in servizio pari a 14.977 dipendenti a tempo indeterminato, 478 dipendenti a tempo determinato¹, 127 ad incarico libero professionale, 104 co.co.co e 168 lavoratori in somministrazione. Riguardo agli aspetti economici, il costo del personale di competenza dell'anno 2021, è stato pari a € 867.609.014, di cui oneri e irap per € 229.100.406. Poiché una analisi compiuta della voce “Costo del Personale” deve tenere conto anche delle risorse impiegate per l'attivazione dei contratti di somministrazione lavoro e per gli eventuali contratti libero professionali, si specifica che nell'anno 2021 i costi sostenuti dall'Azienda per queste voci, ricompresi nel costo suddetto, sono stati:

1. Contratti libero professionali € 7.743.706,15
2. Contratti di somministrazione lavoro € 6.034.974,84

¹ Fonte: base unica

4 – Cessazioni e assunzioni previste negli anni 2022, 2023 e 2024

Per quanto riguarda le cessazioni previste per gli anni oggetto di programmazione di questo documento, avendo verificato che non sono prevedibili ad inizio anno per una quota almeno pari al 40% del totale, risulta ragionevole, per dare un maggior grado di approssimazione all'analisi, fare riferimento ai dati storici con eventuali correzioni che tengano conto dei trend in atto.

In quest'ottica, per gli anni 2022, 2023 e 2024 gli effetti economici delle cessazioni e delle assunzioni previste annualmente sono elencate nell'allegato, nel quale risultano evidenziati, per l'anno 2022, anche gli ingressi previsti a seguito delle procedure di stabilizzazione di cui al D.Lgs.75/2017 ss.mm.ii. e legge 234/2021 in programmazione. Con riferimento a queste procedure si precisa che le stesse potranno subire uno slittamento nell'anno successivo sulla base delle tempistiche necessarie per la conclusione dell'iter concorsuale.

Rimane inteso che gli strumenti di reclutamento atipici, volti a sopperire a carenze improvvise, eccezionali e non trascurabili; saranno utilizzati solamente nel caso e nella misura in cui queste ultime si verificheranno di nuovo negli anni oggetto di programmazione.

Relativamente alle situazioni di criticità legate agli andamenti stagionali prevedibili ma alle quali non si riesce a far fronte con lo strumento ordinario degli incarichi a tempo determinato, l'esigenza da evidenziare risulta quella di potenziare l'organico durante i mesi estivi di Giugno, Luglio, Agosto e Settembre per assicurare a tutti i dipendenti i diritti contrattuali legati al godimento delle ferie estive.

Un'ultima notazione concerne le assunzioni previste da obblighi di legge le quali vengono evidenziate nella tabella sottostante; nonostante che i relativi costi non debbano essere computati ai fini del calcolo del vincolo di cui all'art. 2, comma 71, della Legge Finanziaria del 2010 e per le quali è previsto il

seguinte piano di assunzioni come da convenzioni vigenti nonché da rilevazione dati al 31.12.2021

| | 2022 | 2023 | 2024 | TOTALE |
|---------------|------|------|------|---------------|
| FIRENZE | 70 | 80 | 80 | 230 |
| PRATO | 33 | 29 | 39 | 101 |
| PISTOIA | 15 | 16 | 15 | 46 |
| PISA | 5 | 2 | 2 | 9 |
| TOTALE | 123 | 127 | 136 | 386 |

Alla luce di tutto ciò, il costo del personale complessivo programmato per l'anno 2022, al netto delle ricadute della nuova IVC, si attesta a € 857.109.000, importo che tiene conto anche dell'incremento dei fondi contrattuali in applicazione dell' art. 11 c.1 decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 (pari a euro 5.671.889,71 escluso IRAP).

5- Progetti di attività aggiuntiva

Si conferma anche per l'anno in corso l'utilizzo dello strumento di attivazione di progetti di attività aggiuntiva.

Per tali progetti l'importo impiegato per l'anno 2021 è stato pari a circa 7.000.000 € al netto di IRAP e oneri riflessi.

Per questa voce di costo, l'Azienda, pur tenendo in considerazione una rimodulazione dell'impegno legato alle attività di contrasto alla pandemia, stima un costo per l'anno 2022 pari, al netto di IRAP e oneri riflessi, a quello rilevato per l'anno 2021.

A seguito dell'adozione da parte della Regione Toscana dei piani operativi di rientro delle Liste di Attesa, che hanno previsto l'adozione, da parte di ogni Azienda del SSR, di uno specifico piano di riassorbimento delle proprie liste, suddiviso per livello di assistenza e prevedendo l'integrazione tra attività istituzionale, attività aggiuntiva e acquisto di prestazioni dal privato convenzionato, viene utilizzato lo strumento della produttività aggiuntiva in relazione a specifici progetti di abbattimento liste, sia per quanto concerne l'ambito delle prestazioni di chirurgia elettiva, sia per l'ambito delle prestazioni diagnostiche ed ambulatoriali.

Per tali progetti l'importo impiegato per l'anno 2021 è stato pari a 4.000.000 € circa al netto di IRAP e Oneri riflessi.

Per questa voce di costo l'Azienda, dato il recente piano operativo approvato dalla Regione Toscana con DGRT n. 148/2022 che ha previsto risorse aggiuntive da destinare all'attività aggiuntiva, stima un costo per l'anno 2022 pari a € 4.700.000.

Per la specialistica ambulatoriale il costo dei progetti di produttività aggiuntiva è stato pari ad euro 300.733,00 per l'anno 2021.

6 – Specialistica ambulatoriale

Pur non costituendo in senso proprio un costo del personale, i contratti di specialistica ambulatoriale convenzionata vengono inclusi nell'analisi e nella programmazione.

Relativamente a questi ultimi, il costo per l'anno 2021 è stato pari a € 22.905.000,00 al netto di IRAP e oneri riflessi, corrispondente a circa 248 teste equivalenti.

Per il triennio 2022-2024 l'Azienda si pone l'obiettivo di non incrementare le attività ed i relativi costi.

7 – Sintesi conclusiva

Tenuto conto di quanto esposto nell'allegato, il quadro disegnato per gli anni 2022, 2023 e 2024 si ispira agli obiettivi ed ai vincoli della programmazione regionale e nazionale e si inquadra in un ragionamento sostenibile e coerente con la rimodulazione delle esigenze legate agli andamenti della pandemia.

Rimane ovviamente come punto di riferimento il rispetto del vincolo normativo in materia di costo del personale di cui all'art. 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla L. 25 giugno 2019, n. 60.

In quest'ottica, le deroghe normative introdotte dalla decretazione d'urgenza durante il 2020 e il 2021 a tale vincolo, non essendo ancora state ripartite dalla Regione Toscana tra le Aziende, impongono di prendere a riferimento per la costituzione del presente quadro programmatico il riferimento regionale complessivo contenuto delibera di Giunta Regionale Toscana n.700 del 20.06.2022.

