



Azienda USL Toscana Centro

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

ANNO 2024-2026



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 promuovere la parità, la non discriminazione e il benessere lavorativo.....	17
4.1.2 Tematiche ESG (Environmental, Social, Governance): sostenibilità in Azienda Sanitaria	18
4.1.3 Campagna Aziendale di Sensibilizzazione sul Risparmio Energetico -Progetto CASE.....	20
Descrizione attività.....	20
Obiettivi.....	21
4.1.4 Accessibilità digitale.....	21
4.1.5 Ottimizzazione delle dotazioni strumentali.....	22
4.1.6 Procedure e processi da re-ingegnerizzare.....	23
4.1.7 Governo liste di attesa.....	23
4.2 Performance.....	25
4.2.1 Pianificazione triennale.....	26
4.2.2 Performance organizzativa: obiettivi e indicatori.....	28
4.2.3 Performance individuale.....	36
4.3 Rischi corruttivi e trasparenza.....	37
4.3.1 Introduzione.....	37
La definizione di corruzione.....	37
La definizione di trasparenza.....	38
Il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza.....	38
I soggetti coinvolti.....	40
Direzione aziendale.....	40
Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT).....	40
Dirigenti di struttura, DIR e RESP.....	40
Gruppo di lavoro (GDL).....	41
Referenti anticorruzione e trasparenza (REF).....	42
Dipendenti.....	42
Stakeholder.....	42
Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).....	42
Servizio Ispettivo Aziendale (SIATC).....	43
Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (CRRA).....	43
Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA).....	43
Obiettivi strategici.....	43
Il collegamento tra il sistema di prevenzione e il PNRR.....	44
4.3.2 Analisi del contesto esterno ed interno.....	45
4.3.3 La gestione del rischio.....	48

Definizione di processo.....	49
Le aree di rischio.....	49
Il processo di gestione del rischio.....	50
Analisi del contesto.....	50
La valutazione del rischio.....	51
Il trattamento del rischio.....	51
Procedura per la gestione del rischio corruzione.....	51
Il catalogo dei processi e il registro dei rischi.....	52
Stato dell'arte e indicazioni operative.....	52
Obiettivi.....	53
Indicatori.....	54
4.3.4 La trasparenza.....	54
Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza.....	55
Tabella degli obblighi di trasparenza.....	56
Stato dell'arte e indicazioni operative.....	56
Obiettivi.....	57
Indicatori.....	57
4.3.5 Accesso civico.....	58
Stato dell'arte e indicazioni operative.....	58
Obiettivi.....	58
Indicatori.....	58
4.3.6 Formazione.....	59
Stato dell'arte e indicazioni operative.....	59
Obiettivi.....	59
Indicatori.....	60
4.3.7 La gestione del conflitto di interessi.....	60
Introduzione.....	60
Obbligo di astensione in caso di conflitti di interessi e di comunicazione.....	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 nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni.....	63
<i>Stato dell'arte e indicazioni operative.....</i>	<i>64</i>
<i>Obiettivi.....</i>	<i>64</i>
<i>Indicatori.....</i>	<i>64</i>
Le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi.....	64
<i>Stato dell'arte e indicazioni operative.....</i>	<i>65</i>
<i>Obiettivi.....</i>	<i>65</i>
<i>Indicatori.....</i>	<i>66</i>
La prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici.....	66
<i>Stato dell'arte e indicazioni operative.....</i>	<i>66</i>

<i>Obiettivi</i>	67
<i>Indicatori</i>	67
La gestione del conflitto di interessi negli incarichi extra-istituzionali.....	67
<i>Stato dell'arte e indicazioni operative</i>	67
<i>Obiettivi</i>	68
<i>Indicatori</i>	68
Divieti post-employment - Pantouflage.....	68
<i>Stato dell'arte e indicazioni operative</i>	69
<i>Obiettivi</i>	69
<i>Indicatori</i>	70
4.3.8 <i>Codice di comportamento</i>	70
Stato dell'arte e indicazioni operative.....	70
Obiettivo.....	71
Indicatori.....	71
4.3.9 <i>La rotazione straordinaria</i>	71
I reati presupposto.....	72
Stato dell'arte e indicazioni operative.....	72
Obiettivi.....	72
Indicatori.....	72
4.3.10 <i>La rotazione ordinaria</i>	73
Stato dell'arte e indicazioni operative.....	73
Obiettivi.....	74
Indicatori.....	74
4.3.11 <i>Whistleblowing</i>	75
Stato dell'arte e indicazioni operative.....	75
Obiettivo.....	75
Indicatori.....	76
4.3.12 <i>I patti d'integrità</i>	76
Stato dell'arte e indicazioni operative.....	76
Obiettivo.....	76
4.3.13 <i>Monitoraggio e controllo</i>	76
4.3.14 <i>Riesame</i>	77
5. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	78
5.1 Struttura organizzativa.....	78
5.1.1 <i>Organizzazione</i>	78
5.2 Organizzazione del lavoro agile.....	79
5.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	81
5.4 Formazione del personale.....	81
5.4.1 <i>Il contesto aziendale</i>	81
5.4.2 <i>La formazione continua</i>	81
5.4.3 <i>Il Piano Annuale di Formazione</i>	82
5.4.4 <i>La Mission Aziendale</i>	83
5.4.5 <i>Gli obiettivi formativi strategici e priorità aziendali</i>	84

5.4.6 Elementi di coerenza del PAF con le politiche aziendali di sviluppo delle risorse umane, innovazioni organizzative e tecnologiche.....	88
Politiche Aziendali per lo Sviluppo delle Risorse Umane.....	88
Innovazioni Aziendali.....	89
Innovazione Organizzativa.....	90
Innovazioni Tecnologiche.....	91
5.4.7 Il percorso di pianificazione e monitoraggio del Piano Annuale di Formazione.....	92
5.4.8 Strumenti quantitativi e qualitativi di verifica e monitoraggio del PAF.....	93
5.4.9 Formazione a distanza.....	95
5.4.10 Risorse finanziarie.....	95
6. MONITORAGGIO.....	96
6.1 Monitoraggio valore pubblico e della performance.....	96
6.2 Monitoraggio Anticorruzione.....	98
7. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	99
8. DEFINIZIONI.....	103
9. ALLEGATI.....	105

1. PREMESSA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto con il decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 113 del 6 agosto 2021, è il documento unico di programmazione e governance che assorbe molti dei precedenti piani che 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 PIAO dell'Azienda USL Toscana Centro 2024-2026 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".

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 2024-2026), viene aggiornato annualmente e definisce gli obiettivi e strategie di cui sotto:

- azioni per lo sviluppo della missione istituzionale di Tutela della Salute attraverso la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini;
- 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, ed elaborazione di 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, 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 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 (PNA);
- azioni positive per promuovere la parità, la non discriminazione e il benessere lavorativo;

- promozione della sostenibilità e risparmio energetico nelle strutture aziendali;
- ottimizzazione delle dotazioni strumentali;
- governo delle liste di attesa.

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 sta proseguendo nel percorso di strutturazione del PIAO quale documento strategico che si pone l'obiettivo di superare, integrandola, una pianificazione aziendale settoriale e parcellizzata.

L'Azienda USL Toscana Centro si impegna in un percorso di progressiva semplificazione e migliore integrazione della programmazione, attraverso la collaborazione e partecipazione delle strutture aziendali, per arrivare ad un impianto maggiormente integrato degli aggiornamenti PIAO, con una visione metodologica conforme alle indicazioni Ministeriali.

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

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.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 2023 sono 15.280 , di cui 232 responsabili di struttura semplice, 53 responsabili di struttura semplice dipartimentale e 192 responsabili di strutture complesse (vedere tabella 1).

Tabella 1. Il personale dipendente della Azienda USL Toscana Centro al 31/12/2023

Personale al 31/12/2023	Unità	Di cui resp. di struttura semplice	Di cui resp. di Struttura Semplice Dipartimentale	Di cui resp. di Struttura Complessa
Infermiere	5876	-	-	-
Medico	2499	176	42	128
Operatore Socio Sanitario e Operatore Tecnico Addetto all'assistenza	1969	-	-	-
Personale Ruolo Amministrativo	1279	-	-	-
Operatore Tecnico	504	-	-	-
Ostetrica	392	-	-	-
Tecnico prevenzione Ambiente e Luoghi di lavoro	360	-	-	-
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	333	-	-	-
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	359	-	-	-
Personale Ruolo Tecnico	224	-	-	-
Fisioterapista	271	-	-	-
Assistente Sociale	216	-	-	-
Educatore Professionale	158	-	-	-
Assistente Sanitario	115	-	-	-
Psicologo	119	6	1	2
Farmacista	77	16	3	2
Logopedista	74	-	-	-
Veterinario	52	1	-	2
Personale Ruolo Sanitario – Altro	48	-	-	-
Biologo	55	8	1	2
Dietista	35	-	-	-
Dir. Prof. San. Infermieristiche, Ostetrica, Tecnici Riabilitazione e Prevenzione	38	12	1	16
Ingegnere	40	5	-	14

Dirigente Amministrativo	32	4	4	23
Tecnico neuro fisiopatologia	34	-	-	-
Tecnico delle neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva	21	-	-	-
Fisico	19			1
Ortottista Assistente Oftalmologia e Ottico	19	-	-	-
Tecnico della Riabilitazione psichiatrica	17	-	-	-
Chimico	6	1	-	-
Tecnico Audiometrista	7	-	-	-
Podologo	6	-	-	-
Odontoiatra	10	1	-	-
Odontotecnico	4	-	-	-
Architetto	2	2	-	-
Dirigente Assistente Sociale	3		1	-
Avvocato	2	-	-	1
Tecnico Ortopedico	2	-	-	-
Sociologo	1	-	-	-
Statistico	1	-	-	1
Terapista Occupazionale	1	-	-	-
Totale	15.280	232	53	192

3.2 Il territorio

Figura 1. Il territorio dell'Azienda UsI Toscana Centro



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 72, 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'Azienda USL Toscana Centro (Fonte: ARS e ISTAT, 2023)

Zona sociosanitaria o Società della Salute e AUSL	Superficie (Km²)	Densità popolazione (Ab/Km²)- 2022	Popolazione in comuni montani (%) - 2022
<i>Pistoiese</i>	699	244	8,3
<i>Val di Nievole</i>	265	446	0,0
<i>Pratese</i>	365	706	3,5
<i>Fiorentina</i>	102	3.534	0,0
<i>Fiorentina Nordovest</i>	333	624	2,5
<i>Fiorentina Sudest</i>	1.212	150	5,5
<i>Mugello</i>	1.131	56	100,0
<i>Empolese Valdelsa Valdarno</i>	933	257	0,0
AUSL Toscana Centro	5.041	318	6,3
AUSL Nord Ovest	6.389	195	14,0
AUSL Sud Est	11.557	70	17,1
<i>Regione Toscana</i>	22.987	159	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 (Agliaiana, 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 Azienda USL Toscana Centro 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 (Castelfranco di Sotto, Montopoli in Val d'Arno, San Miniato e Santa Croce sull'Arno). 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 1/1/2023 nell'Azienda USL Toscana Centro sono 1.601.741 di cui 775.823 maschi (48,4%) e 825.918 femmine (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 più di 361.000 abitanti, il 22,6% dell'intera AUSL Toscana Centro, seguita in ordine decrescente dalla Pratese (ca. 260.000; 16%), dall'Empolese Valdelsa Valdarno (ca.240.000; 15%), dalla Fiorentina Nord-Ovest (ca. 210.000; 13%), dalla Fiorentina Sud Est (ca. 182.000; 11%), dalla Pistoiese (ca. 171.000; 11%), dalla Val di Nievole (ca. 118.000; 7,4%) e dal 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 1.1.2022. Fonte: ISTAT 2023

Zona	Comune	Maschi	Femmine	Totale	%	%
					su Zona	su AUSL
Pistoiese	Abetone Cutigliano	941	961	1.902	1,1	0,1
	Agliaia	8.857	9.093	17.950	10,5	1,1
	Marliana	1.594	1.555	3.149	1,8	0,2
	Montale	5.1765.242	5.432	10.608	6,2	0,7
	Pistoia	43.009	46.484	89.493	52,4	5,6
	Quarrata	13.110	13.685	26.795	15,7	1,7
	Sambuca Pistoiese	729	717	1.446	0,8	0,1
	San Marcello Piteglio	3.652	4.019	7.671	4,5	0,5
	Serravalle Pistoiese	5.767	5.975	11.742	6,9	0,7
	Zona Pistoiese		82.835	87.921	170.756	100,0
Val di Nievole	Buggiano	4.223	4.523	8.746	7,4	0,5
	Chiesina Uzzanese	2.202	2.266	4.468	3,8	0,3
	Lamporecchio	3.595	3.803	7.398	6,2	0,5
	Larciano	3.101	3.211	6.312	5,3	0,4
	Massa e Cozzile	3.669	4.029	7.698	6,5	0,5
	Monsummano Terme	10.131	10.690	20.821	17,5	1,3
	Montecatini Terme	9.652	10.816	20.468	17,2	1,3
	Pescia	9.369	9.854	19.223	16,2	1,2
	Pieve a Nievole	4.416	4.704	9.120	7,7	0,6
	Ponte Buggianese	4.275	4.520	8.795	7,4	0,5
	Uzzano	2.712	2.897	5.609	4,7	0,4
	Zona Val di Nievole		57.345	61.313	118.658	100,0
Pratese	Cantagallo	1.612	1.480	3.092	1,2	0,2
	Carmignano	7.335	7.418	14.753	5,7	0,9
	Montemurlo	9.442	9.658	19.100	7,4	1,2
	Poggio a Caiano	4.889	5.067	9.956	3,9	0,6
	Prato	95.463	99.750	195.213	75,6	12,2
	Vaiano	4.842	5.101	9.943	3,9	0,6
	Vernio	3.013	3.053	6.066	2,4	0,4
	Zona Pratese		126.596	131.527	258.123	100,0
Fiorentina	Firenze – Zona Fiorentina	170.671	190.948	361.619	100,0	22,6
Fiorentina Nord Ovest	Calenzano	8.886	9.155	18.041	8,7	1,1
	Campi Bisenzio	23.569	23.972	47.541	22,9	3,0
	Lastra a Signa	9.656	10.018	19.674	9,5	1,2
	Scandicci	23.748	25.911	49.659	23,9	3,1
	Sesto Fiorentino	23.216	25.566	48.782	23,5	3,0

	Signa	9.288	9.676	18.964	9,1	1,2
	Vaglia	2.547	2.661	5.208	2,5	0,3
	Zona Fiorentina Nord-Ovest	100.910	106.959	207.869	100,0	13,0
Fiorentina Sud Est	Bagno a Ripoli	12.039	13.275	25.314	13,9	1,6
	Barberino Tavarnelle	5.933	5.973	11.906	6,5	0,7
	Fiesole	6.618	7.109	13.727	7,6	0,9
	Figline e Incisa in Valdarno	11.238	11.981	23.219	12,8	1,4
	Greve In Chianti	6.542	6.785	13.327	7,3	0,8
	Impruneta	6.969	7.508	14.477	8,0	0,9
	Londa	949	875	1.824	1,0	0,1
	Pelago	3.818	3.942	7.760	4,3	0,5
	Pontassieve	9.904	10.400	20.304	11,2	1,3
	Reggello	8.168	8.361	16.529	9,1	1,0
	Rignano sull'Arno	4.267	4.299	8.566	4,7	0,5
	Rufina	3.522	3.596	7.118	3,9	0,4
	San Casciano in Val di Pesa	8.020	8.623	16.643	9,2	1,0
	San Godenzo	525	535	1.060	0,6	0,1
	Zona Fiorentina Sud-Est	88.512	93.262	181.774	100,0	11,3
Mugello	Barberino di Mugello	5.393	5.491	10.884	17,3	0,7
	Borgo San Lorenzo	8.832	9.352	18.184	28,9	1,1
	Dicomano	2.784	2.659	5.443	8,6	0,3
	Firenzuola	2.204	2.232	4.436	7,0	0,3
	Marradi	1.468	1.423	2.891	4,6	0,2
	Palazzuolo sul Senio	567	544	1.111	1,8	0,1
	Scarperia e San Piero	5.929	6.089	12.018	19,1	0,8
	Vicchio	4.009	4.013	8.022	12,7	0,5
		Zona Mugello	31.186	31.803	62.989	100,0
Empolese Valdelsa	Capraia e Limite	3.908	3.973	7.881	3,3	0,5
	Castelfiorentino	8.504	8.860	17.364	7,2	1,1
	Cerreto Guidi	5.262	5.532	10.794	4,5	0,7
	Certaldo	7.641	7.842	15.483	6,5	1,0
	Empoli	23.416	24.981	48.397	20,2	3,0
	Fucecchio	11.206	11.558	22.764	9,5	1,4
	Gambassi Terme	2.346	2.445	4.791	2,0	0,3
	Montaione	1.719	1.780	3.499	1,5	0,2
	Montelupo Fiorentino	6.887	7.339	14.226	5,9	0,9
	Montespertoli	6.572	6.664	13.236	5,5	0,8
	Vinci	7.134	7.440	14.574	6,1	0,9
	Castelfranco di Sotto (PI)	6.726	6.734	13.460	5,6	0,8
Montopoli in Val D'Arno	5.504	5.605	11.109	4,6	0,7	

	(PI)					
	San Miniato (PI)	13.574	14.193	27.767	11,6	1,7
	Santa Croce sull'Arno (PI)	7.369	7.239	14.608	6,1	0,9
	Zona Empolese Valdelsa Vno	117.768	122.185	239.953	100,0	15,0
AUSL Toscana Centro		775.823	825.918	1.601.741		43,7
AUSL Nord Ovest		605.317	642.989	1.248.306		34,1
AUSL Sud Est		395.666	417.478	813.144		22,2
TOSCANA		1.776.806	1.886.385	3.663.191		100,0

L'ISTAT ha pubblicato le stime preliminari dell'aspettativa di vita al 2022 con dettaglio geografico fino a livello provinciale ma non comunale; nella Provincia di Firenze è di 82,2 anni per i maschi e 85,6 per le femmine, in quella di Pistoia di 81,3 nei maschi e 86,0 nelle femmine e in quella di Prato di 81,4 nei maschi e 85,8 nelle femmine, mentre i valori della Regione Toscana sono di 81,3 per i maschi e 85,3 per le femmine e dell'Italia di 80,5 e 84,8 rispettivamente. A livello nazionale la Provincia di Firenze è al secondo posto per aspettativa di vita dei maschi, preceduta da quella di Monza, mentre nelle femmine la migliore performance è delle residenti nella Provincia di Pistoia, che occupano l'undicesimo posto nazionale. 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 198.869 (12,4%), gli ultra90enni sono 21.650 (1,3%) 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 (- 9.635 residenti). Il saldo naturale è negativo in tutte le zone. Il saldo migratorio tra immigrati ed emigrati nell'Azienda USL Toscana Centro è positivo (+ 4.161 residenti).

Gli stranieri residenti nell'Azienda USL Toscana Centro in base ai dati ISTAT del 2022 sono 217.797, il 13,6% del totale dei residenti, a fronte del 11,1% regionale. Da sempre i valori più elevati a livello regionale sono nella zona Pratese (21,1%) e Fiorentina (14,7%). Le comunità più rappresentate nel territorio dell'Azienda USL Toscana Centro nel 2020 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 promuovere la parità, la non discriminazione e il benessere lavorativo;
- Tematiche ESG (Environmental, Social, Governance) - sostenibilità in Azienda Sanitaria;
- 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 promuovere la parità, la non discriminazione e il benessere lavorativo

L'Azienda USL Toscana Centro garantisce le pari opportunità per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico.

L'Azienda si impegna altresì a garantire la prevenzione e il contrasto di qualsiasi forma di discriminazione sul luogo di lavoro e a favorire il benessere sia organizzativo che dei lavoratori, attraverso la promozione della cultura delle pari opportunità e del rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo.

Per gli scopi di cui sopra si avvale di strumenti di promozione e tutela nonché di monitoraggio e gestione delle criticità e problematiche connesse. Tra gli strumenti si sottolinea il ruolo del Comitato Unico di Garanzia aziendale (CUG), ricostituito con Delibera DG 1418 del 02/12/2022.

Il CUG, favorendo un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica, contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico con l'obiettivo di migliorare l'efficienza delle prestazioni.

Il Comitato svolge la sua attività 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) rientra 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.

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 e il benessere dei dipendenti, nonché la prevenzione e il contrasto del mobbing e di qualsiasi discriminazione o violenza morale o psicologica.

Gli obiettivi aziendali perseguiti dal CUG nel prossimo triennio, in conformità alle responsabilità dettate dalle disposizioni sono i seguenti:

- Stress lavoro correlato: sviluppo di un percorso condiviso tra CUG e SePP aziendale per la prevenzione dello stress lavoro correlato e la sicurezza sui luoghi di lavoro. Il CUG si propone come organo di collegamento 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 benessere e sicurezza.
- Aggressioni del personale: sviluppo di un percorso di collaborazione tra CUG, SePP ed il Dipartimento Risorse Umane per la prevenzione e la gestione delle aggressioni al personale, particolarmente frequenti in ambito sanitario.
- Bilancio di genere: con Delibera DG. n.521 del 20/04/2023 è stato approvato il Piano per l'uguaglianza di genere, Gender Equality Plan (GEP 2023-2025), che costituisce il documento progettuale e programmatico per valorizzare la piena partecipazione di tutte le persone alla vita lavorativa, favorire la cultura del rispetto, il contrasto alle discriminazioni di genere e la promozione dell'effettiva uguaglianza di genere. Il GEP rappresenta l'insieme di impegni e azioni aziendali che mirano a promuovere l'uguaglianza di genere nell'organizzazione, attraverso il cambiamento istituzionale e culturale. Nel GEP - AREA 5: *“Prevenzione delle discriminazioni e della violenza di genere, comprese le molestie sessuali”* è formalizzato l'obiettivo del contrasto alla discriminazione, alla violenza di genere e riduzione dei pregiudizi e degli stereotipi di genere, attraverso due azioni:
 - Adesione alla Carta delle Pari Opportunità per l'uguaglianza sul lavoro;
 - Attivazione di uno sportello di ascolto.

Il CUG si impegna a collaborare con la Direzione aziendale per il raggiungimento degli obiettivi di cui sopra.

- Cause di lavoro promosse contro l'azienda: il CUG potrà contribuire all'analisi di quelle che sono le motivazioni che sottendono tali cause di lavoro ed agevolare l'Azienda nell'individuare le criticità da superare, in collaborazione con la SOC Affari legali.
- Provvedimenti disciplinari (dirigenza e comparto): il CUG potrà contribuire all'analisi delle motivazioni che portano ai provvedimenti disciplinari per mediare e favorire, a livello aziendale e sindacale, azioni preventive di comportamenti passibili di tali provvedimenti, così da ridurre la conflittualità e favorire il benessere.
- Rapporti tra CUG delle Aziende sanitarie ed altri enti: il Comitato si prefigge di consolidare i rapporti con i Comitati delle Aziende Sanitarie toscane e con quelli della Rete Nazionale CUG e di partecipare a percorsi di approfondimento su tematiche specifiche, contribuendo così all'innovazione della cultura della PA sui temi in oggetto. Inoltre, il Comitato intende proseguire i rapporti con la Consigliera delle Pari Opportunità e con la Commissione Pari Opportunità Ordine dei Medici Firenze.
- Formazione dei membri del CUG: è previsto un Piano formativo finalizzato a sviluppare competenze specifiche, in particolare sui temi delle aggressioni al personale e al contrasto allo stress lavoro correlato.

4.1.2 Tematiche ESG (Environmental, Social, Governance): sostenibilità in Azienda Sanitaria

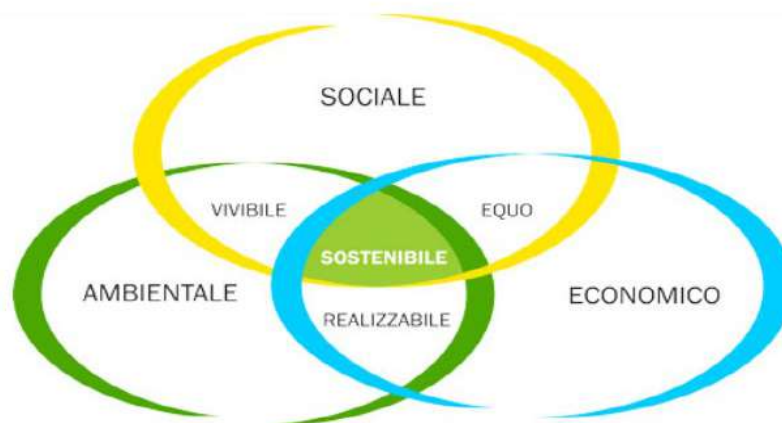
L'Azienda USL Toscana Centro intende rinnovare l'attenzione ai principi dello sviluppo sostenibile, con preciso richiamo alla Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale dell'Organizzazione delle

Nazioni Unite del 25 settembre 2015 “Trasformare il nostro mondo: l’Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile”, nella quale sono enucleati 17 obiettivi e 169 target, interconnessi, indivisibili e bilanciati tra le dimensioni economica, sociale ed ambientale.

Per un’azienda sanitaria risultano particolarmente significativi e rappresentativi i seguenti sistemi Obiettivo - Macro target:

- 3. SALUTE E BENESSERE: assicurare la salute e il benessere per tutti e per tutte le età;
- 9. IMPRESE, INNOVAZIONE E INFRASTRUTTURE: costruire una infrastruttura resiliente e promuovere l'innovazione ed una industrializzazione equa, responsabile e sostenibile;
- 11. CITTÀ E COMUNITÀ SOSTENIBILI: rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili;
- 12. CONSUMO E PRODUZIONE RESPONSABILI: garantire modelli sostenibili di produzione e di consumo;
- 13. LOTTA CONTRO IL CAMBIAMENTO CLIMATICO: adottare misure urgenti per combattere il cambiamento climatico e le sue conseguenze;
- 15. VITA SULLA TERRA: proteggere, ripristinare e favorire un uso sostenibile dell'ecosistema terrestre, gestire sostenibilmente le foreste, contrastare la desertificazione, arrestare e far retrocedere il degrado del terreno, e fermare la perdita di diversità biologica;
- 16. PACE, GIUSTIZIA E ISTITUZIONI SOLIDE : promuovere società pacifiche e più inclusive per uno sviluppo sostenibile, offrire l'accesso alla giustizia per tutti e creare organismi efficienti, responsabili e inclusivi a tutti i livelli;
- 17. PARTNERSHIP PER GLI OBIETTIVI: rafforzare gli strumenti di attuazione e rinnovare il partenariato mondiale per lo sviluppo sostenibile.

Figura 2. Il concetto di sostenibilità esemplificato graficamente

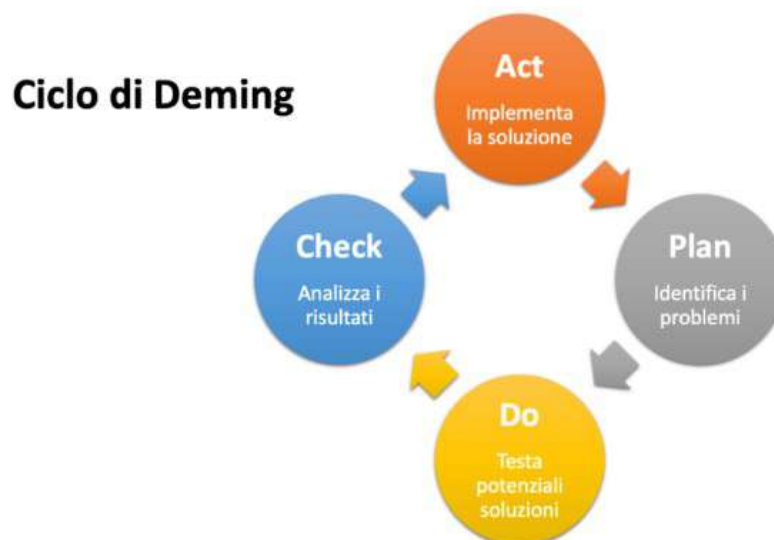


Tali principi e obiettivi generali vanno quindi ricondotti ad un contesto più circostanziato, all’interno del quale individuare attività ed ambiti di intervento significativi, programmabili e misurabili, quali:

- adozione di modelli aziendali di sviluppo sostenibile, anche standardizzati (ciclo di vita, impronta ambientale, strumenti di certificazione ambientale ed energetica), per contrastare i cambiamenti climatici, favorire un uso più razionale delle risorse naturali, ottimizzare l’uso di energia;

- miglioramento delle prestazioni ambientali connesse ai propri processi, favorendo l'applicazione dei principi di economia circolare, l'acquisizione di beni e servizi a minore o ridotto effetto sulla salute umana e sull'ambiente ed individuando, ove possibile, vantaggi economici conseguenti;
- aumento della consapevolezza degli impatti ambientali dei principali processi aziendali e gestione ottimale dei rischi;
- contributo alla efficienza, competitività e miglioramento continuo dell'azienda, nell'ambito più ampio delle tematiche ESG (Environmental, Social, Governance) strettamente interconnesse: impatti ambientali, problematiche di tipo sociale, dipendenti, rispetto dei diritti umani, processi di digitalizzazione, anticorruzione e trasparenza;
- valorizzazione dei progetti e missioni aziendali nei quali sono coinvolti direttamente od indirettamente i portatori di interessi esterni;
- comunicazione e divulgazione dei risultati ottenuti, ad integrazione degli adempimenti obbligatori in materia di trasparenza, su tematiche ed obiettivi di sostenibilità più rilevanti per l'Azienda, anche interloquendo con i soggetti esterni eventualmente coinvolti;
- coinvolgimento in maniera trasversale e sistematica di plurimi soggetti sia interni che esterni, ciascuno nell'ambito della propria specializzazione e mansione, in quanto parti integranti del sistema di relazioni funzionali al raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità.

Figura 3. Modello diffuso nell'ambito del miglioramento continuo dei processi e utilizzo ottimale delle risorse



4.1.3 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 la 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.

4.1.4 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.

4.1.5 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, nei casi limite, per non esacerbare taluni aspetti collegati a condizioni di 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 di processo, che, a regime, si tenderà ad assumere come misuratori del raggiungimento di obiettivi strategici preventivamente definiti per un particolare settore tecnologico o fattispecie, eventualmente anche tramite un sistema di controllo dell’avanzamento (indicatori di esito) 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.

4.1.6 Procedure e processi da re-ingegnerizzare

In questo 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 prosecuzione del processo di reingegnerizzazione del budget, quale principale sistema di governo aziendale definito con il Regolamento "Sistema di budget, misurazione e valutazione della performance della Azienda USL Toscana Centro" di cui alla Delibera DG n. 954/2023. Si procederà a:
 - l'informatizzare la costruzione, diffusione e sottoscrizione della scheda di budget e dei relativi indicatori;
 - perfezionare e mettere 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;
- processi di fruizione e prossimità digitale per mezzo dell'adesione estesa e dell'integrazione con i progetti regionali di digitalizzazione quali l'App "Toscana Salute".

4.1.7 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: in particolare potenziare ed implementare, in linea con la DGRT 213/2023, i "percorsi di tutela" per soddisfare il bisogno sanitario del cittadino. Per le prestazioni ambulatoriali (sia visite specialistiche sia esami diagnostici) è previsto, nel sistema Cup 2.0, l'inserimento della richiesta di prestazione del paziente, che in prima battuta non risulta essere possibile soddisfare dall'offerta di area vasta, all'interno di opportune pre-liste per una successiva evasione nel rispetto dei tempi massimi di attesa;
- implementare il servizio di Help Desk (HD), costituito da risorse opportunamente formate, gestito dall'incarico di funzione organizzativo "Coordinamento Sistemi di Prenotazione" della SOS Cup, che afferisce strutturalmente alla SOC Gestione Operativa del Dipartimento servizi amministrativi ospedale territorio e funzionalmente risponde al Coordinatore Aziendale del governo delle prestazioni sanitarie (DGR 351/2023) della SOS Gestione privato accreditato e liste di attesa. L'HD ha l'obiettivo di prendere in carico e gestire le prestazioni sanitarie che non trovano disponibilità nei canali ordinari di prenotazione a causa di errori prescrittivi o per indisponibilità di offerta (inserimento in pre lista). Si tratta di un "servizio di presa in carico" dedicato al cittadino che non trova immediata risposta tramite i consueti canali di prenotazione di 1° livello. In questo caso il cittadino viene richiamato dal servizio stesso, per fornire l'appuntamento richiesto;
- incentivare la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale da parte dei propri professionisti in recepimento della DGRT 785/2023;
- 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 e ristrutturando le agende di prenotazioni secondo parametri condivisi a livello aziendale con i dipartimenti sanitari. 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 privato accreditato e liste di attesa, la SOC Gestione Operativa e la SOS CUP, valutati i monitoraggi mensili dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di analisi del PRGLA 2019-2021, deve evidenziare gli ambiti di particolare complessità dove poter intervenire tempestivamente, attraverso dettagliate azioni e percorsi di tutela.

In particolare, sono previste una serie di azioni da mettere in atto da parte dell'azienda relative a:

- attivazione di progetti in attività aggiuntiva abbattimento liste di attesa;
- attivazione del Progetto Clessidra per le visite specialistiche e negli ambiti territoriali che presentano particolari criticità negli indicatori di monitoraggio (tempi di attesa e catchment index);
- potenziamento degli incarichi degli specialisti ambulatoriali;
- incremento dell’offerta nel privato convenzionato.

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, che guiderà l’Azienda USL Toscana Centro nel prossimo triennio, 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);
- della DGRT 532 del 15/05/2023 “Indirizzi operativi per prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding negli ospedali della Regione Toscana”;

- 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 2023 (su dati di attività 2022);
- della bozza di obiettivi MES 2024;
- 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 2023-2025 è viene aggiornata alla luce della volontà di aprire nuovo ciclo di programmazione orientato al prossimo futuro, che superi i paradigmi del passato e che ponga grande attenzione alla qualità per il cittadino, sia come utilizzatore del sistema delle cure sia come operatore della nostra azienda: 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 5 direttrici:

- **Una sanità vicina al cittadino**, sia dal punto di vista geografico che dal punto di vista delle aspettative e dei bisogni, e che mantenga il suo perimetro di sviluppo all'interno di due principali linee conduttrici: "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale" (DM 77) e Missione 5 e 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. In tale contesto si intendono perseguire i seguenti macro obiettivi:
 - orientare l'offerta dei servizi attraverso la percezione delle cure e degli esiti da parte dei cittadini (PREMs - Patient Reported Experience Measures - PROMs - Patient Reported Outcome Measures);
 - garantire la tempestività e la prossimità dell'accesso alle cure assicurando, oltre agli accessi ambulatoriali, anche una presa in carico complessiva della persona;
 - massimizzare la qualità delle cure chirurgiche attraverso percorsi che accompagnino tempestivamente il cittadino dalla diagnosi al follow-up;
 - adottare una sanità territoriale di prossimità che possa accogliere e garantire l'accesso ai percorsi di cura e assistenza attraverso il modello organizzativo territoriale del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e i "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale DM 77";
 - garantire l'equità delle cure riducendo la variabilità dei traccianti descritti nel Sistema di Valutazione Regionale della Performance dell'Istituto Superiore Sant'Anna di Pisa.
- **Una sanità vicina al professionista**, attraverso percorsi di crescita individuali e di equipe, di formazione ed anche di scambio virtuoso all'interno della nostra stessa azienda laddove vi sia l'espressione di eccellenze. Ma anche portando avanti iniziative di prevenzione delle aggressioni e di sostegno agli operatori sanitari, tecnici ed amministrativi. In tale contesto si intendono perseguire i seguenti macro obiettivi:
 - sviluppo di percorsi di crescita professionale e gestionale in coerenza con le missioni delle articolazioni organizzative e le aspettative degli operatori;
 - semplificazione dei percorsi non sanitari a supporto del sistema di cura, anche attraverso l'integrazione fra le diverse piattaforme informatiche;
 - realizzazione di una strategia multi dimensionale per la prevenzione degli atti aggressivi nei confronti dei collaboratori dell'azienda.
- **La qualità e sicurezza delle cure**, integrando le diverse dimensioni della qualità, quali quella organizzativa, professionale, sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, ed equità d'accesso. In tale contesto si intendono perseguire i seguenti macro obiettivi:

- revisione dei processi di erogazione delle cure attraverso i traccianti definiti dal Nuovo Sistema di Garanzia, dal Programma Nazionale Esiti e dal sistema interno degli “Incident reporting”;
 - promuovere le buone pratiche definite dal ministero della Salute;
 - sviluppare azioni di contrasto alle infezioni correlate all’assistenza;
 - monitorare e promuovere l’appropriatezza prescrittiva di farmaci, dispositivi e diagnostica adottando modelli di approccio vicini al “choosing wisely”;
 - garantire risposte tempestive, appropriate ed efficaci nei casi di emergenza e urgenza, reingegnerizzando il sistema dell’emergenza territoriale e del pronto soccorso, attraverso sistemi alternativi di risposta ai bisogni dei cittadini.
- **La sanità digitale**, come strumento di cure centrato sul paziente, favorendo la tempestività e l’accessibilità ai percorsi di cura, nonché la presa in carico dell’equipe multidisciplinare e multi professionale. In tale contesto si intendono perseguire i seguenti macro obiettivi:
 - garantire un miglior accesso alle cure attraverso la disponibilità di informazioni mediche, consulenze e servizi di cura online, garantendo maggior equità per coloro che vivono in aree remote o che hanno difficoltà a muoversi;
 - migliorare la gestione delle malattie croniche attraverso la telemedicina e applicazioni e dispositivi per il monitoraggio della salute, con beneficio per la qualità di vita e potenziale riduzione degli accessi ospedalieri;
 - facilitare il coordinamento delle cure e la cooperazione tra professionisti attraverso la condivisione tempo reale di informazioni sanitarie, integrando e rendendo fruibili le diverse piattaforme digitali.

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 di 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 2024:

- raggiungimento dei target previsti dagli “obiettivi CORE” nel Nuovo Sistema di Garanzia, per tutti i tre 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 DM 77 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 permettere il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi sono stati individuati 103 indicatori che misurano le dimensioni di Attività, efficacia, efficienza, processo, qualità e qualità percepita.

Nella figura 4 è indicata la ripartizione degli indicatori per dimensione, mentre nella successiva tabella 4 è riportata la lista completa.

Figura 4. Ripartizione degli indicatori per dimensione

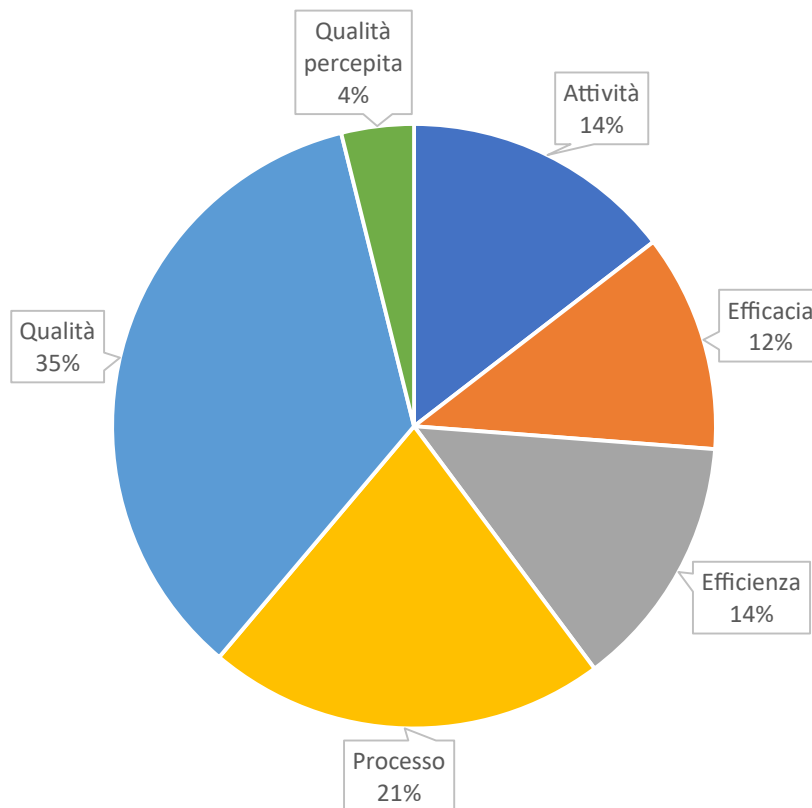


Tabella 4. Lista indicatori

Codice	Dimensione	Indicatore	Target
P01C	Attività	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	>95%
P02C	Attività	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	>95%
P10Z	Attività	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	>90%
P12Z	Attività	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	>90%
P15Ca	Attività	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	>50%
P15Cb	Attività	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	>60%
P15Cc	Attività	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	>50%
D22Z	Attività	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	CIA 1>3,99; CIA2> 2,48; CIA3> 2 o standard DM77 Assistiti ADI over 65> 10%
D33Z	Attività	Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti	>41
B22.1	Attività	Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,71 su range 0-5)
B22.2	Attività	Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,38 su range 0-5)
B6.1.5A	Attività	Percentuale donatori di tessuti effettivi	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,5 su range 0-5)
B7.3	Attività	Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,72 su range 0-5)
B7.5	Attività	Copertura per vaccino antimeningococcico	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,55 su range 0-5)

B7.6	Attività	Copertura per vaccino antipneumococcico	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,28 su range 0-5)
PROSE-MD1	Efficacia	Scompenso cardiaco congestizio, rischio di riammissione a 30 giorni	Miglioramento oppure superiore alla media regionale
PROSE-MD2	Efficacia	Scompenso cardiaco congestizio, rischio di morte a 30 giorni	Miglioramento oppure superiore alla media regionale
PROSE-MD3	Efficacia	Polmonite, mortalità entro 30 giorni	Miglioramento oppure superiore alla media regionale
PROSE-RT1	Efficacia	IMA STEMI, rischio di morte a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale
PROSE-RT2	Efficacia	IMA, riammissioni entro 30 giorni	Miglioramento oppure superiore alla media regionale
PROSE-RT3	Efficacia	IMA STEMI, proporzione di PTCA entro 90 minuti	Miglioramento oppure superiore alla media regionale
PROSE-RT4	Efficacia	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	Miglioramento oppure superiore alla media regionale
PROSE-CH1	Efficacia	Colecistectomia laparoscopica, rischio di complicanze a 30 giorni	Miglioramento oppure superiore alla media regionale
PROSE-ON1	Efficacia	Interventi conservativi per TM della mammella, reinterventi entro 120g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale
PROSE-OR2	Efficacia	Frattura femore, interventi entro 48 ore - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale
PROSE-OR4	Efficacia	Protesi anca, rischio di riammissione a 30g - erogazione	Miglioramento oppure superiore alla media regionale
PROSE-MI1	Efficacia	Parto naturale, complicanze severe durante il parto o il puerperio	Miglioramento oppure superiore alla media regionale
D09Z	Efficienza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	Media Regionale e comunque < di 18
D10Z	Efficienza	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	90%
D11Z	Efficienza	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	90%
H04Z	Efficienza	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	<0,15
H5Z	Efficienza	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	>90%
B6.1.1A	Efficienza	Efficienza di segnalazione	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,75 su range 0-5)
C13.R3.10	Efficienza	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,05 su range 0-5)

C13.R3.11	Efficienza	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,79 su range 0-5)
C13.R3.13	Efficienza	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,08 su range 0-5)
C13.R3.2	Efficienza	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,72 su range 0-5)
C13.R3.3	Efficienza	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,29 su range 0-5)
C13.R3.4	Efficienza	Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,24 su range 0-5)
C16.4.1.N	Efficienza	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,83 su range 0-5)
C2A.M	Efficienza	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,63 su range 0-5)
B24B.5	Processo	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,54 su range 0-5)
B24C.2C.3.1	Processo	Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,04 su range 0-5)
SMA2	Processo	Percorso Autismo adulti: attuazione di strategia di sistema per la condivisione di un set minimo di azioni di presa in carico nelle more di sviluppo di revisioni organizzative.	Documento che descriva le azioni intraprese
SMA3	Processo	Valutazione e predisposizione di interventi consulenziali e/o abilitativi e riabilitativi per persone con problemi di salute mentale in uscita dal carcere e residenti nel nostro territorio e presa in carico.	Documento che descriva gli interventi realizzati
SMA4	Processo	Supporto a domicilio per persone con problemi di salute mentale: erogazione delle prestazioni domiciliari in coerenza con il PCP. Implementazione del rapporto con MMG e IFC. Rafforzamento dell'obiettivo di monitoraggio clinico.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti
SMA9a	Processo	Attuazione di gruppo operativo di coordinamento dei SPDC presenti in AusITc per la diffusione di buone pratiche.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti
SMA13a	Processo	Attuazione della Legge 68/99: Partecipazione alla Cabina di Regia e e al Gruppo Multidisciplinare per l'Inclusività aziendale	Recupero di almeno il 10% del gap di assunzioni
SMA13b	Processo	Attuazione della Legge 68/99: Supporto all'inclusione di lavoratori con attestazione ai sensi della Legge 68/99	Recupero di almeno il 10% del gap di assunzioni
SMAIO	Processo	Realizzare una Istruzione Operativa aziendale per la gestione dell'emergenza nel Paziente Psichiatrico	Presenza della I.O.

SMIA1	Processo	Percorso autismo. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori gli stakeholder.	Documentare la revisione del PD-TAS
SMIA2	Processo	Percorso disabilità complesse geneticamente determinate ex DGRT 1339/2018. Valutazione multidimensionale e multiprofessionale, revisione PDTAS. Valutazione di percorsi di co-programmazione e co-progettazione con i territori gli stakeholder.	Documentare la revisione del PD-TAS
SMIA12	Processo	Progetti Piano Nazionale Autismo: sperimentazione strumento del Budget di Salute su transizione all'età adulta	Documentare la realizzazione di almeno 25 Budget di Salute
SMIA17	Processo	Implementazione e uso coordinato e armonizzato dello strumento ICF e supporto professionale all'informatizzazione	Operatività dell'ICF
PUR	Processo	Definizione entro 45 giorni dall'emissione della Misura di Sicurezza (MdS) del Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato	100% su misura di sicurezza REMS
D15	Processo	Prevenzione per il Disturbo da Gioco d'Azzardo patologico: attivazione dei servizi previsti dal progetto	Documentare l'attivazione dei 75% dei servizi
AS_CP9	Processo	Implementazione, in integrazione alle Cure Primarie, del modello della Centrale Operativa Infermieristica (AIUTI) anche in relazione allo sviluppo del nuovo modello di sanità territoriale (DM77- DGRT1508)	Documentare l'attivazione della centrale operativa
CP18_DAIO	Processo	Monitoraggio e Consolidamento del Progetto Infermiere di Famiglia e Comunità nelle otto Zone Distretto della Toscana Centro Svolgimento di almeno un audit quadrimestrale e reportistica di attività.	Presenza di 24 audit
AS16-DA2	Processo	Azione di sensibilizzazione e di coordinamento e collaborazione tra UFC Disturbi dell'alimentazione, MMG e PdF al fine di implementare percorsi di diagnosi e presa in carico precoce, attraverso l'uso di strumenti specifici di diagnosi (es. SCOFF).	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti
AS18-DA4	Processo	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione e Pronto Soccorso al fine di mappare gli accessi in relazione a disturbi di alimentazione e nutrizione definire modalità di valutazione e diagnosi congiunte	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate
AS17-DA3	Processo	Implementazione di sinergie tra UFC Disturbi dell'alimentazione il DAIO e il Dip. dei servizi sociali ai fini di una presa in carico integrata sociosanitaria nel percorso dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione	Documentare attraverso una I.O. le sinergie attivate

RLCP3	Processo	Diffusione capillare, applicazione e revisione della procedura inerente il protocollo di collaborazione UFC Coordinamento Cure Palliative e 118. Definizione di relativo indicatore e standard di riferimento per la valutazione e l'osservazione.	Documentare le attività svolte e i risultati raggiunti. Definizione indicatore e degli standard di riferimento
RLCP1	Processo	Implementazione Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)	Revisione della procedura
P14C	Qualità	Indicatore composito sugli stili di vita del Nuovo Sistema di Garanzia	<25%
D14C	Qualità	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Mantenimento dei valori
D27C	Qualità	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	<4%
D30Z	Qualità	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	>55%
H02Z	Qualità	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 interventi annui	>90%
H17C	Qualità	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	<15%
H18C	Qualità	Percentuale di parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno	<20%
B28.3.3	Qualità	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,03 su range 0-5)
B4.1.3	Qualità	Consumo territoriale di morfina	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,41 su range 0-5)
C10.1.2	Qualità	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,07 su range 0-5)
C11A.2.9	Qualità	Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,93 su range 0-5)
C11A.3.5	Qualità	Residenti con BPCO con almeno una spirometria	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,19 su range 0-5)
C15.10	Qualità	Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,89 su range 0-5)
C15.17.1	Qualità	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,48 su range 0-5)
C15.17.2	Qualità	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,54 su range 0-5)
C15.2	Qualità	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,64 su range 0-5)

C15A.13.2	Qualità	Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,09 su range 0-5)
C15A.13A	Qualità	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,49 su range 0-5)
C7.12.1A	Qualità	Percentuale di allattamento esclusivo durante il ricovero da indagine	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,96 su range 0-5)
C7.12.3	Qualità	Percentuale di allattamento esclusivo a tre mesi	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,32 su range 0-5)
C7.13	Qualità	Percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,77 su range 0-5)
C7.14	Qualità	Percentuale di donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,81 su range 0-5)
C7.29	Qualità	Erogazione gratuita di contraccettivi alle giovani residenti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,65 su range 0-5)
C7.6	Qualità	Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,09 su range 0-5)
C7.7.1R	Qualità	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - Ricoveri ordinari	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,45 su range 0-5)
C9.12	Qualità	Consumo di antibiotici nei reparti	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,53 su range 0-5)
D18.1	Qualità	Pazienti con dimissione volontaria da reparti di lungodegenza o riabilitazione	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,16 su range 0-5)
D32Z	Qualità	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,52 su range 0-5)
PDTA01	Qualità	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione (PDTA BPCO)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2 su range 0-5)
PDTA02	Qualità	Adeguatezza del numero di visite pneumologiche (PDTA BPCO)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,85 su range 0-5)
PDTA03A	Qualità	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA Scompenso)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,92 su range 0-5)
PDTA03B	Qualità	Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA Scompenso)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,55 su range 0-5)
PDTA04	Qualità	Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi (PDTA Scompenso)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 2,21 su range 0-5)
PDTA05.1	Qualità	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,89 su range 0-5)
PDTA05.2	Qualità	Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,63 su range 0-5)

PDTA05.5	Qualità	Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 0,94 su range 0-5)
D17.4.5	Qualità percepita	Esperienza positiva al parto	Miglioramento (valutazione MES 2022 era: 1,6 su range 0-5)
PREMS01	Qualità percepita	Durante il ricovero il personale del reparto l'ha aiutata ad affrontare le paure e ansie che aveva riguardo al suo stato di salute?	Risposte "Mai" e "Raramente" complessivamente <2%
PREMS02	Qualità percepita	Durante il ricovero i professionisti e gli operatori sanitari parlavano tra loro davanti a lei come se lei non fosse presente?	Risposte "Mai" e "Raramente" complessivamente <2%
PREMS03	Qualità percepita	Durante il ricovero pensa di essere stato coinvolto quanto avrebbe voluto dai professionisti nelle scelte relative al suo percorso di cura?	Risposte "Mai" e "Raramente" complessivamente <4%

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;

Con riferimento al personale del Comparto (non dirigenziale), il sistema di valutazione della performance è strumento finalizzato:

- al riconoscimento dei premi correlati alla performance individuale e collettiva;
- alla definizione dei percorsi di carriera (progressioni economiche all'interno delle aree «differenziali economici di professionalità»/progressioni tra le aree/gestione del sistema degli incarichi);

- alla pianificazione dei programmi formativi finalizzati all'acquisizione di nuove competenze e/o alla qualificazione del personale.

Il sistema di valutazione individuale del Comparto si compone di tre dimensioni: misurazione e valutazione della prestazione collettiva, nonché dei comportamenti e delle competenze organizzative, ovvero valutazione delle caratteristiche individuali che definiscono la risorsa dentro l'organizzazione. In particolare, il processo si concretizza mediante l'utilizzo di una scheda di valutazione denominata SCHEDA C Comparto per coloro che sono titolari di Incarico di Posizione / Incarichi di Funzione Organizzativa o Professionale, la scheda è composta da 20 item, con valutazione esprimibile da 1 a 5, orientati a valutare tre aree specifiche: realizzativa, organizzativa e competenze. La valutazione è da ritenersi positiva se la scheda configura il raggiungimento di un punteggio, maggiore o uguale a 8 punti come sommatoria dei punteggi raggiunti nelle tre dimensioni. La valutazione annuale della performance rivolta a tutto il restante personale del Comparto, non titolare di incarico, si realizza mediante l'utilizzo della SCHEDA D, composta da 10 item, con valutazione esprimibile da 1 a 5, orientati a valutare tre dimensioni specifiche: comportamento organizzativo, competenze relazionali e performance organizzativa struttura. La valutazione è da ritenersi positiva se la scheda configura il raggiungimento di un punteggio, come sommatoria complessiva dei punti su ciascuno dei 10 item, maggiore o uguale a 25 su 50 punti complessivi.

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

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.

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 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.

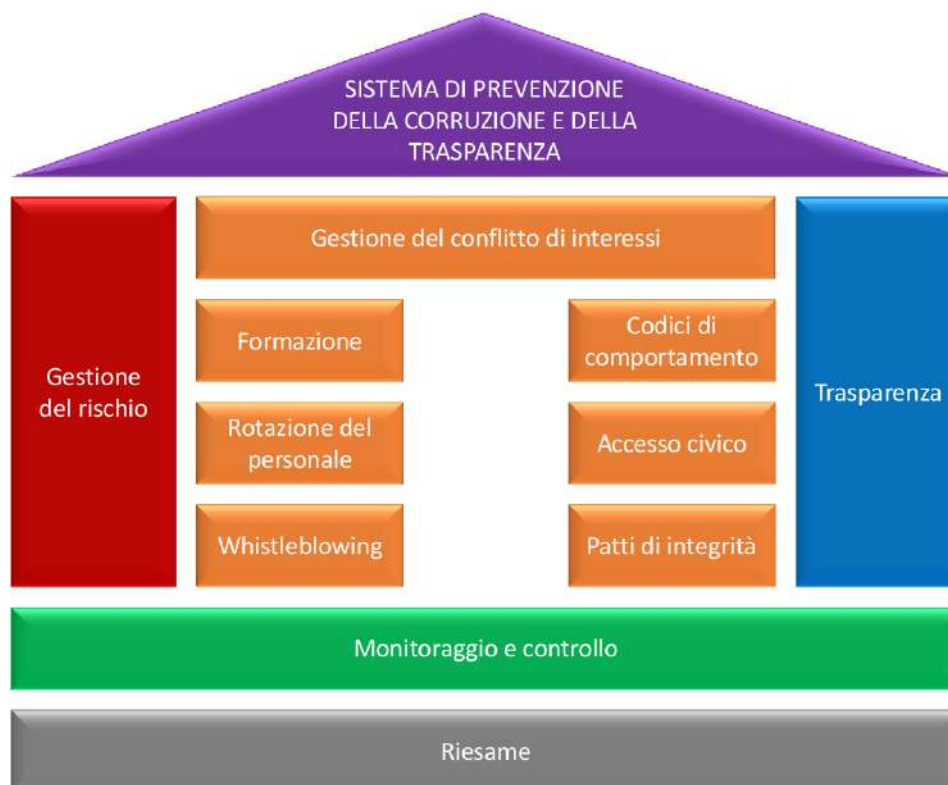
Le misure del sistema di prevenzione si possono classificare in:

- **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 5 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.

Figura 5. 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 sotto-sezioni del presente PIAO.

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 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

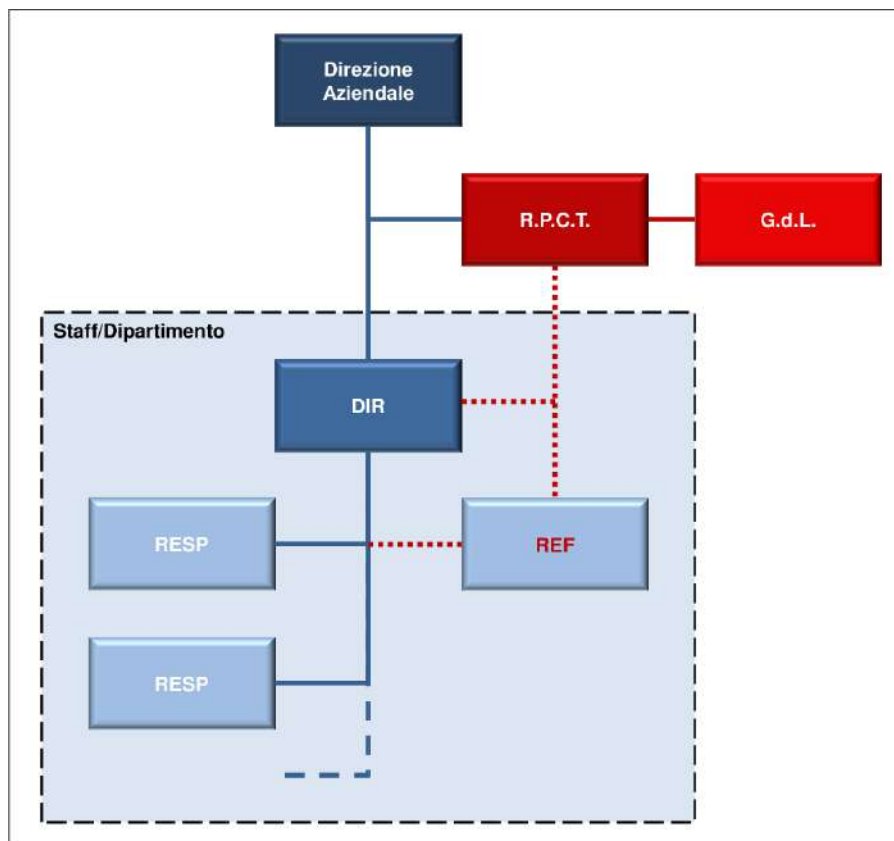
Tutti i dirigenti nell'ambito delle rispettive competenze:

- 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 l'avvio della procedura di 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 6.

Figura 6. Schema dei soggetti interni coinvolti



In base a questo modello, si definiscono RESP tutti i Direttori di struttura semplice e 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 stati individuati dai DIR e i nominativi sono riportati nell'allegato 7 al presente PIAO.

I REF 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 e sull'attuazione delle misure e delle prescrizioni in essa contenute;
- su richiesta e in base alle prescrizioni contenute nella presente sezione del PIAO, supportano operativamente il RPCT nell'attuazione dei propri compiti;
- supportano il Dipartimento/Staff/Struttura di appartenenza e il RPCT nell'attuazione del processo di gestione dei rischi in conformità alle indicazioni contenute nella presente sezione del PIAO;
- supportano il Dipartimento/Staff/Struttura di appartenenza e il RPCT nell'attuazione del processo di pubblicazione dei dati, documenti e informazioni di competenza, sulla sezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente", in conformità alle indicazioni contenute nella presente sezione del PIAO;
- svolgono all'interno del Dipartimento/Staff/Struttura di appartenenza 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 quest'ultimo 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.

L'OIV è stato nominato con delibera n. 895 del 13/07/2023.

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 La 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 (CRR)

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

Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) è il 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 provvede alla verifica ed al successivo aggiornamento delle informazioni presenti nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) e all'invio della domanda di qualificazione.

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 PIAO:

- Proseguire nel percorso di miglioramento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni su "Amministrazione Trasparente" anche attraverso l'informatizzazione dei flussi di pubblicazione;
- Incrementare, compatibilmente con le risorse a disposizione, il numero di processi aziendali sottoposti a mappatura e a valutazione dei rischi, con particolare attenzione alle aree a maggior rischio previste da ANAC e alla gestione del PNRR e dei fondi strutturali;
- Incentivare la partecipazione di tutti i dipendenti alla formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e, in particolare, ai corsi FAD sul Codice di comportamento;
- Migliorare la prevenzione e la gestione dei conflitti di interessi attraverso la diffusione dei contenuti del regolamento aziendale in materia di prossima approvazione;
- Favorire l'applicazione della misura della rotazione ordinaria e straordinaria attraverso l'adozione di un apposito regolamento aziendale.

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 prevenzione, 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:

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"

- procedere all'aggiornamento/analisi dei suddetti processi in conformità a quanto previsto dalla presente sezione del PIAO, implementando le misure previste: dal PNA; 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;
- 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;
- assicurare l'acquisizione delle 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. RUP, membri delle Commissioni di gara, membri Collegi Tecnici, RP, DEC, Collaudatori, Coordinatori ecc.) 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 e 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 "VI rapporto sui fenomeni di criminalità organizzata e corruzione in Toscana anno 2021", 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 esamina l'evoluzione dei fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata in Toscana per l'anno 2021, le loro dinamiche di riproduzione e sviluppo criminale anche alla luce della crisi sanitaria, ed offre un monitoraggio aggiornato rispetto al funzionamento delle principali politiche pubbliche adottate per prevenirne e contrastarne gli effetti.

Il rapporto è articolato in due macro-sezioni.

La prima sezione aggiorna le precedenti analisi sui fenomeni di criminalità organizzata, approfondendo lo studio dei principali processi di espansione e riproduzione criminale in Toscana sia nei mercati illeciti che nell'economia legale della regione. L'attenzione viene focalizzata principalmente su due ambiti di interesse: un'indagine sul mercato degli stupefacenti in Toscana e

sulla sua evoluzione; uno studio sul grave fenomeno della tratta e sfruttamento della prostituzione nella regione.

La seconda sezione presenta, invece, i principali andamenti relativi alla corruzione politica e amministrativa in Toscana attraverso un aggiornamento sui risultati della events analysis di più di 470 eventi corruttivi nel 2021 su scala nazionale, a cui si aggiunge un approfondimento analitico e comparato tra i principali eventi avvenuti nel corso dell'anno.

In relazione alla tipologia di organizzazioni criminali, le operazioni di contrasto dei delitti di criminalità organizzata condotte nel corso del 2021 hanno evidenziato l'operatività sul territorio toscano di soggetti riconducibili alle tre maggiori organizzazioni criminali di stampo mafioso esistenti in Italia, oltre ad altre organizzazioni di matrice straniera da anni presenti sul territorio nazionale e locale. Su 44 episodi analizzati raccogliendo informazioni sulla matrice criminale di interesse e su altre caratteristiche principali, il 47% è risultato riconducibile ad una matrice 'ndranghetista, il 26% ad associazioni di origine prevalentemente mista e straniera, il 19% ad associazioni di stampo camorristico.

Nella maggior parte degli episodi censiti si assiste a forme "semplici" e non strutturate di associazioni a delinquere e, in generale, non ci sono elementi che possano far ipotizzare un radicamento organizzativo tradizionale delle mafie nazionali in Toscana, ma l'attività di tali organizzazioni criminali continua incessantemente nel territorio.

In relazione alla struttura dei mercati illeciti e al metodo (ossia le risorse e le strategie criminali impiegate per il loro governo) la distribuzione degli episodi intercorsi nel 2021 (45 casi) per tipologia di settore illecito, vede prevalere forme di criminalità economica (45%), in misura uguale sia per attività di riciclaggio che per la commissione di altri reati ad esso connessi (es. reati fiscali, truffe e frodi). In entrambi i casi si tratta spesso di attività realizzate non per il solo beneficio del gruppo criminale, ma anche per quei soggetti imprenditoriali locali, interessati ad acquisire "servizi" criminali di questa natura (es. il tipico schema delle società mafiose 'cartiere' che generano illegalità economica per l'imprenditoria legale). Di particolare interesse, sotto un profilo quantitativo e qualitativo, il traffico degli stupefacenti (18%), seguito da episodi riconducibili ad estorsione/usura (10%), favoreggiamento all'immigrazione clandestina e criminalità ambientale (entrambi 6%).

Dall'analisi dei settori dell'economia legale, invece, emerge come, anche nel 2021, siano proseguiti i fenomeni di infiltrazione mafiosa in ambiti quali lavori pubblici e privati, mercato immobiliare, trattamento dei rifiuti, acquisizione e gestione di pubblici esercizi, ecc.

Le statistiche relative agli episodi di proiezione criminale delle mafie sul territorio toscano confermano il settore immobiliare quale settore economico di maggior interesse (24%), seguito da quello delle costruzioni ed estrazioni (17%), dei rifiuti (13%) e degli appalti (11%).

Per quanto concerne i delitti contro la pubblica amministrazione, dalle statistiche giudiziarie del distretto toscano, 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.

Inoltre, il rapporto ribadisce come lo scenario creato dalla crisi sanitaria da virus Covid-19 ha pesantemente contribuito a peggiorare la situazione, soprattutto nel sistema sanitario. Infatti, storicamente in Italia le condizioni di emergenza hanno sempre rappresentato un'opportunità estremamente remunerativa di profitto illecito per operatori economici e funzionari privi di scrupoli. L'urgenza inderogabile di una reazione da parte dell'autorità pubblica ha determinato non soltanto l'elusione dei vincoli delle procedure ordinarie, ma anche la disponibilità di ingenti quantità di risorse stanziare con procedure eccezionali. In altre parole, si sono sovrapposti svariati fattori capaci di alimentare preesistenti circuiti di scambio occulto e di attivarne di nuovi.

Il rapporto ribadisce la necessità di porre particolare attenzione all'affluire delle risorse provenienti dal PNRR, in relazione alle quali si ripresenteranno le medesime "condizioni di emergenza istituzionalizzata", legate all'esigenza di completare la realizzazione di progetti opere e investimenti entro scadenze ravvicinate e nel rispetto delle molteplici tappe intermedie del fittissimo cronoprogramma.

Si prefigurano, quindi, notevoli occasioni di profitto illecito che implicano necessariamente 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. 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 al seguente indirizzo:

https://www.regione.toscana.it/documents/10180/43019728/Rapporto%20CRIM2021_Unito.pdf/805ca34f-c070-7196-663f-cb1dc99f5fb6

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.

Figura 7. 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;

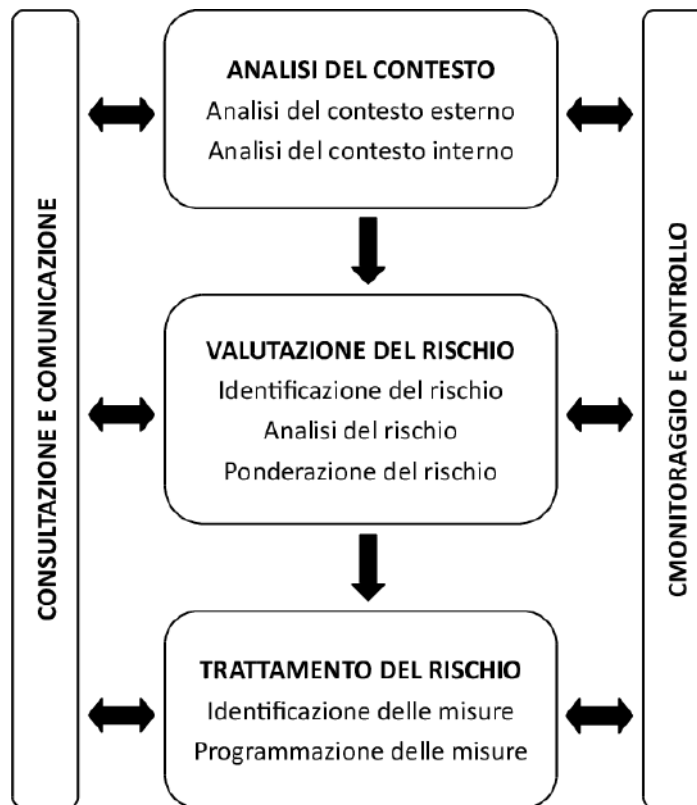
- Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio.

Il processo di gestione del rischio

La gestione del rischio si sviluppa nelle fasi riportate in figura 8: 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.

Figura 8. Il processo di gestione del rischio



Analisi del contesto

Nella sezione dedicata all’analisi del contesto del presente PIAO 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 al presente PIAO (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.

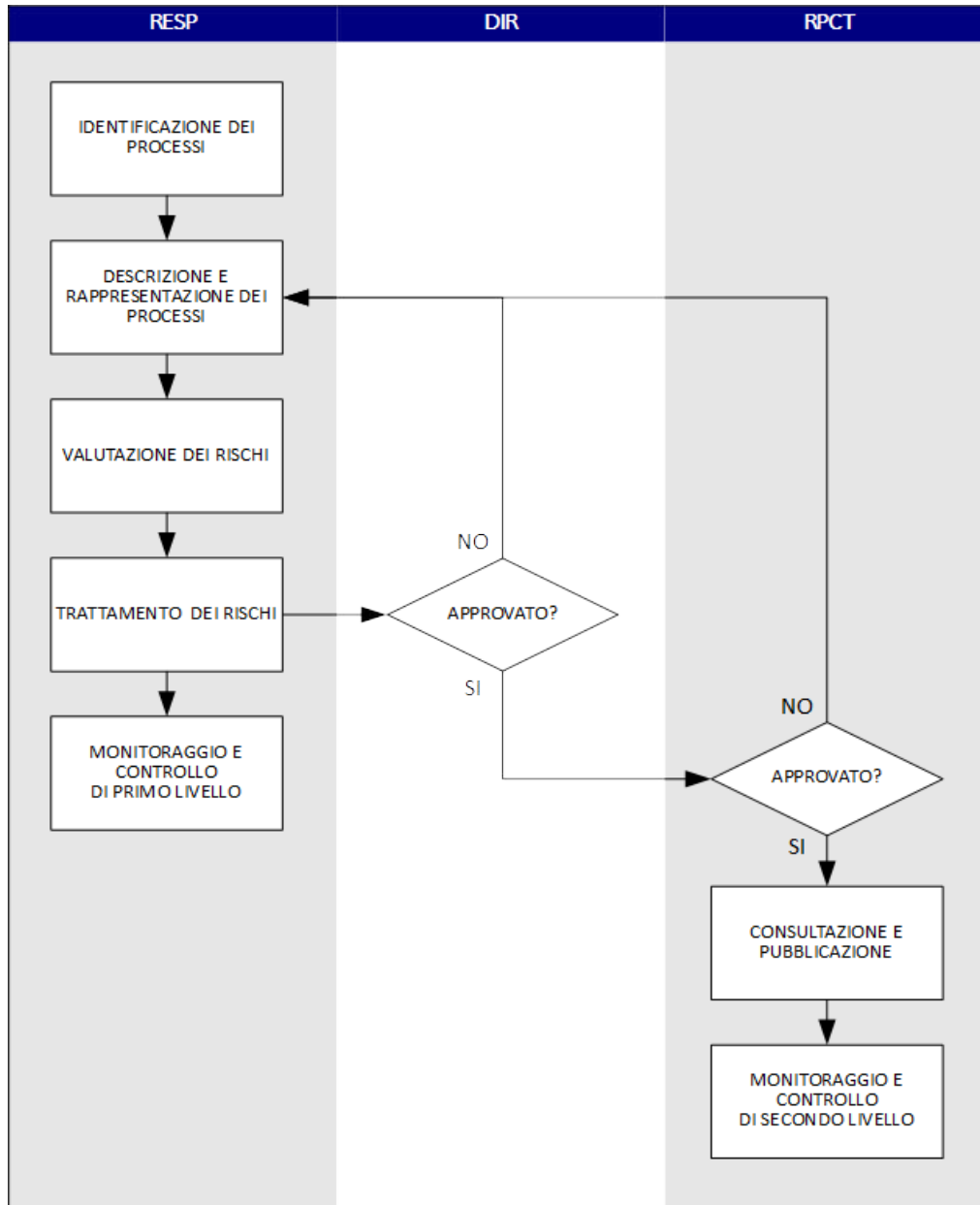
L'elevato numero di processi che in essa si svolgono e la loro articolazione rende particolarmente difficoltosa l'implementazione del processo di gestione del rischio, così come delineato nei paragrafi precedenti.

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 PIAO (Allegato 3), il cui diagramma di flusso è riportato in figura 9. 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.

Figura 9. 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 al presente PIAO (Allegato 1) che funge anche da Registro dei rischi.

Stato dell'arte e indicazioni operative

Nel corso del 2023 è stato possibile stilare un primo elenco di tutti i processi aziendali che sarà aggiornato in relazione all'evoluzione dell'analisi dei rischi.

In seguito alle modifiche normative intervenute (p.e. D.Lgs. 24/2023, D.Lgs. 36/2023, D.P.R. 81/2023, etc.) e alla riorganizzazione di alcune strutture amministrative e sanitarie aziendali, è stato necessario procedere all'integrale revisione dei processi già analizzati e pubblicati in allegato al PIAO 2023-2025.

Complessivamente, in conformità alle indicazioni contenute nel PNA, sono stati analizzati/aggiornati N° 78 processi come di seguito dettagliato:

- n. 7 del Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi;
- n. 10 del Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione;
- n. 5 del Dipartimento Area Tecnica;
- n. 5 attinenti alla Direzione Sanitaria;
- n. 2 del Dipartimento del Farmaco;
- n. 1 del Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica;
- n. 3 del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa;
- n. 1 del Dipartimento di Medicina Generale;
- n. 8 del Dipartimento della Prevenzione;
- n. 1 del Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale;
- n. 6 del Dipartimento delle Risorse Umane;
- n. 12 del Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio;
- n. 1 del Dipartimento Servizio Sociale;
- n. 1 del Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche;
- n. 11 dello Staff della Direzione Amministrativa;
- n. 1 dello Staff della Direzione Generale;
- n. 2 dello Staff della Direzione Sanitaria;
- n. 1 del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie.

Obiettivi

Per il 2024 l'obiettivo è di 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 allegato al presente Piano.

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.

Considerate le risorse disponibili e il carico di lavoro ordinario delle strutture aziendali coinvolte, si prevede che la mappatura dei numerosi e complessi processi aziendali possa avvenire solamente nell'arco del medio periodo. Nel calcolo, bisogna includere anche l'impegno necessario per l'aggiornamento continuo dei processi già analizzati.

Nell'ambito dei processi che riguardano l'affidamento e l'esecuzione di contratti pubblici, continuerà l'opera di integrazione delle misure previste dal PNA 2022 e dal successivo aggiornamento 2023 (Delibera ANAC n. 605/2023), sulla base della loro sostenibilità economica e organizzativa.

In caso di modifiche alle schede di analisi dei processi allegate al presente PIAO (Allegato 1), queste saranno pubblicate nella stessa sezione del sito Amministrazione Trasparente del presente Piano, in attesa di essere integrate nel successivo aggiornamento del documento.

Indicatori

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

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
Tutti i DIR	Trasmissione al RPCT dell'elenco aggiornato di tutti i processi di competenza dello Staff/Dipartimento/Struttura (SI/NO)	SI	31/12 di ogni anno
Tutti i DIR	Analisi completa di almeno un processo di competenza che non sia già presente nel catalogo dei processi allegato al presente PIAO (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 devono 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.

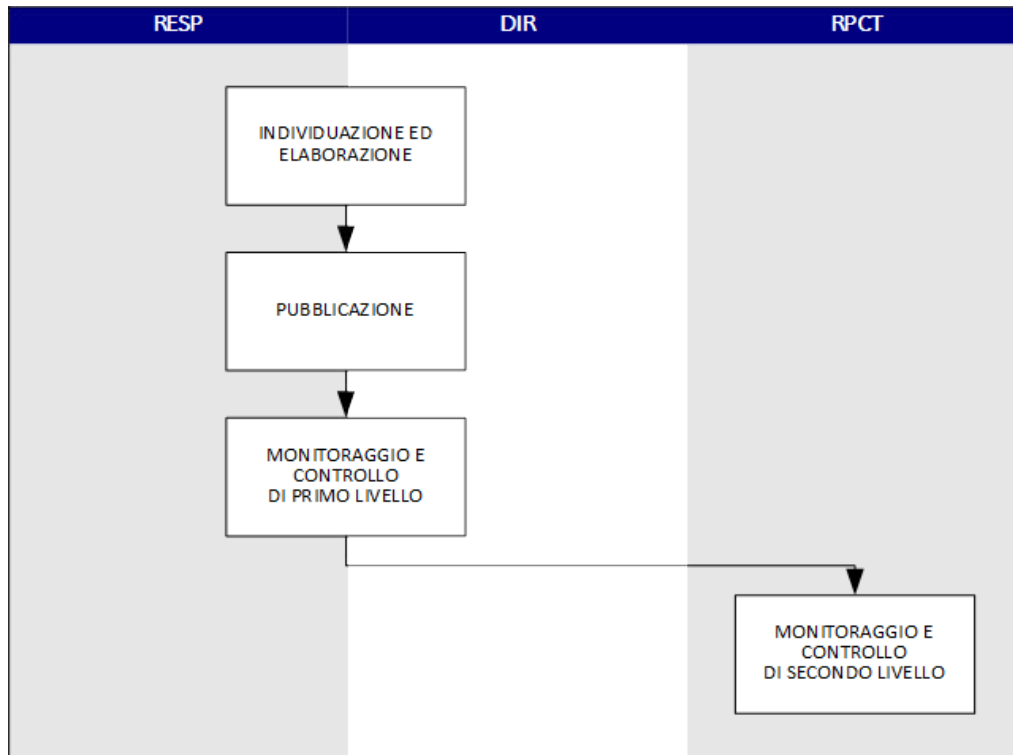
Come chiarito dalla Corte Costituzionale, nel perseguire gli obiettivi di trasparenza imposti dalla normativa, si deve comunque sempre effettuare un bilanciamento tra il diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenute 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 e alle procedure aziendali.

Procedura per la gestione degli adempimenti di trasparenza

Come per la gestione del rischio, le dimensioni e l'articolazione organizzativa aziendale 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 PIAO (Allegato 4), il cui diagramma di flusso è riportato in figura 10. 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.

Figura 10. 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 PIAO 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 2023 sono stati effettuati diversi aggiornamenti della tabella degli obblighi di pubblicazione allegata al presente PIAO (Allegato 2) per adeguarne i contenuti alle modifiche normative e organizzative intervenute.

Secondo quanto concordato con l’OIV e le strutture aziendali coinvolte, la struttura della sezione “Bandi di gara e contratti” del sito “Amministrazione Trasparente”, nonché le modalità di pubblicazione dei dati relativi alle procedure di gara, sono stati aggiornati in base alle indicazioni contenute nel PNA 2022, aggregando le informazioni per singola procedura in modo da avere una rappresentazione sequenziale di ognuna di esse, dai primi atti fino alla fase di esecuzione.

Con decorrenza 01/01/2024, la piattaforma unica di pubblicazione è la Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) rispetto alla quale ANAC, con Delibera n. 261/2023, ha individuato le

informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere attraverso le piattaforme telematiche di approvvigionamento appartenenti al sistema di interscambio.

La Delibera ANAC n. 264/2023 ha poi individuato una serie di informazioni, ulteriori rispetto a quelle da trasmettere alla BDNCP, da pubblicare nella sezione “Bandi di gara e contratti” del sito “Amministrazione Trasparente”.

Con nota del 28/12/2023 e successivo incontro del 19/12/2023, la SOS Anticorruzione e Trasparenza ha condiviso, con tutte le strutture aziendali interessate, una proposta operativa per la riorganizzazione della sezione “Bandi di gara e contratti” e per la pubblicazione strutturata, mediante apposito format, dei dati relativi alle singole procedure avviate a decorrere dal 01/01/2024, in base alle indicazioni contenute nelle Delibere ANAC n. 582, 261 e 264 del 2023. In data 22/01/2024 la SOS Anticorruzione e Trasparenza ha poi condiviso con l’OIV la nuova struttura della sezione “Bandi di gara e contratti” e le modalità di pubblicazione presentate alle strutture coinvolte.

Nel corso del 2023 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 2024 l’obiettivo è quello di continuare a migliorare progressivamente la qualità del processo di pubblicazione su tutti gli aspetti richiamati dalla norma anche attraverso una maggiore collaborazione di tutti i soggetti aziendali coinvolti.

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.

Eventuali aggiornamenti della tabella degli obblighi di pubblicazione e/o dello schema delle responsabilità connesse a ciascuno di essi (Allegato 2), a seguito di eventuali modifiche normative o organizzative, saranno pubblicati nella stessa sezione del sito “Amministrazione Trasparente” del presente PIAO, in attesa di essere integrati nel successivo aggiornamento del documento.

Indicatori

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

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa DIR di Staff DIR Dipartimenti amministrativi DIR Dipartimento della prevenzione DIR Servizio Sociale	N° di obblighi di pubblicazione di competenza dello Staff-Dipartimento-Struttura pienamente soddisfatti / N° di obblighi di pubblicazione dello Staff-Dipartimento-Struttura	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 il 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 2024 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 2024-2026	Rev. 30/01/24
---	-----------------------	---------------

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 2023 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 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;
- “Codice di comportamento” rivolto a tutti i dipendenti dell'Azienda che prevede un modulo aggiuntivo dedicato esclusivamente ai dirigenti.

Oltre ai suddetti corsi FAD, sono stati effettuati 14 incontri dal titolo “Anticorruzione e Trasparenza: aggiornamenti normativi”, destinati ai direttori di struttura, per approfondire i recenti sviluppi normativi in materia di anticorruzione e trasparenza.

Obiettivi

Per il triennio 2024-2026 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 un maggiore focus su casi concreti.

Particolare impulso sarà dato al corso FAD “Codice di comportamento” allo scopo di coinvolgere il maggior numero di dipendenti nella consapevolezza che la conclusione del ciclo di formazione potrà ragionevolmente avvenire entro il periodo di validità del presente PIAO.

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'effettuazione di incontri con i REF per approfondire le metodologie e gli strumenti alla base della gestione del rischio, 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	31/12/2024
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"	95%	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"	95%	31/12 di ogni anno
RESP della SOC Formazione	Percentuale di dipendenti convocati per effettuare il corso FAD "Codice di comportamento"	50% 90% 95%	31/12/2024 31/12/2025 31/12/2026

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 che sono approfonditi nei paragrafi seguenti.

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 una misura principale di prevenzione del rischio. Tutti i dipendenti o assimilati (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 i contro interessati sono portatori.

La legge 241/1990 stabilisce un 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. Le dichiarazioni devono essere 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 alcune 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.

E' stata predisposta un'apposita sezione del sito "Amministrazione Trasparente" dove gli interessati possono trovare il regolamento e alcune informazioni utili per individuare e segnalare eventuali situazioni di conflitto di interessi.

Nel corso del 2023 è stata sottoposta all'attenzione della Direzione Aziendale una bozza di aggiornamento del regolamento in vigore, predisposta sulla base del documento approvato dal CRRRA nella riunione del 28/09/2023, allo scopo di rivedere e semplificare le modalità con cui devono essere richieste, rilasciate, raccolte e gestite le dichiarazioni alla luce delle modifiche normative intervenute.

Obiettivi

Per l'anno 2024 l'obiettivo è quello completare l'iter di aggiornamento del regolamento aziendale approvato con delibera n. 195 del 30/01/2019 e di rivedere i contenuti della sezione del sito "Amministrazione Trasparente" dedicata al conflitto di interessi.

Inoltre, attraverso l'attività formativa in programma, sarà fornito un maggiore supporto ai dipendenti allo scopo di favorire l'emersione di eventuali situazioni di conflitto di interessi.

Indicatori

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

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
Aziendale	Approvazione dell'aggiornamento del regolamento sul conflitto di interessi adottato con Delibera n. 195 del 30/01/2019 (SI/NO)	SI	30/06/2024

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

L'art. 16 del D.Lgs. 36/2023 prevede specifiche disposizioni a tutela del principio di concorrenza e del prestigio della pubblica amministrazione al fine di contrastare i fenomeni corruttivi nello svolgimento delle procedure di affidamento degli appalti e concessioni che rappresentano un ambito particolarmente esposto al rischio di interferenze.

La norma offre una definizione di conflitto di interessi con specifico riferimento allo svolgimento delle procedure di gara, chiarendo che la fattispecie si realizza quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione.

In questi casi, il soggetto che si trova in una situazione di conflitto di interessi deve darne comunicazione alla stazione appaltante e astenersi dal partecipare a qualsiasi fase della procedura. La disposizione deve essere coordinata con l'art. 95, comma 1, lett. b) del D.Lgs. 36/2023 secondo cui l'operatore economico è escluso dalla gara quando la sua partecipazione determini una situazione di conflitto di interessi ai sensi dell'art. 16 del codice dei contratti pubblici che non sia diversamente risolvibile.

L'art. 93 del D.Lgs. 36/2023 prevede che non possano essere nominati commissari soggetti che:

- nel biennio precedente all'indizione della procedura di aggiudicazione siano stati componenti di organi di indirizzo politico della stazione appaltante;
- siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel Capo I del Titolo II del Libro II del codice penale;
- si trovino in una situazione di conflitto di interessi con uno degli operatori economici partecipanti alla procedura.

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, 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 1306/2022 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 assicurare l'acquisizione delle 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. RUP, membri delle Commissioni di gara, membri Collegi Tecnici, RP, DEC, Collaudatori, Coordinatori ecc.) 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.

Nel corso del 2023 è stata sottoposta all'attenzione della Direzione Aziendale una bozza di aggiornamento del regolamento in vigore, predisposta sulla base del documento approvato dal CRRRA nella riunione del 28/09/2023, allo scopo di rivedere e semplificare le modalità con cui devono essere richieste, rilasciate, raccolte e gestite le dichiarazioni di conflitto di interessi alla luce delle modifiche normative intervenute.

Obiettivi

Per l'anno 2024 l'obiettivo è quello completare l'iter di aggiornamento del regolamento aziendale approvato con delibera n. 195 del 30/01/2019 per recepire le modifiche normative intervenute. Inoltre, attraverso l'attività formativa in programma, sarà fornito un maggiore supporto ai dipendenti allo scopo di favorire l'emersione di eventuali situazioni di conflitto di interessi.

Indicatori

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

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
Aziendale	Approvazione dell'aggiornamento del regolamento sul conflitto di interessi adottato con Delibera n. 195 del 30/01/2019 (SI/NO)	SI	30/06/2024

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 inconfiribilità può essere perpetua o temporanea, in relazione all'eventuale sussistenza della pena accessoria dell'interdizione dai pubblici uffici e alla tipologia del reato.

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

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

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

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

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

Stato dell'arte e indicazioni operative

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

Il CRRRA nella riunione del 12/04/2022, ha approvato uno schema di regolamento, allegato al presente PIAO (Allegato 5), che prevede l'applicazione delle previsioni del D.Lgs. 39/2013 anche agli incarichi dirigenziali titolari di competenze di amministrazione e gestione, non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) e definisce le modalità con cui devono essere individuate e gestite le situazioni di inconfiribilità e di incompatibilità in conformità alle previsioni del suddetto decreto legislativo, del PNA 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. Nel corso del 2023 è stata sottoposta all'attenzione della Direzione Aziendale una bozza di aggiornamento del regolamento in vigore, predisposta sulla base del documento approvato dal CRRRA nella riunione del 28/09/2023.

Obiettivi

Per l'anno 2024 l'obiettivo è quello completare l'iter di aggiornamento del regolamento aziendale approvato con delibera n. 195 del 30/01/2019 per recepire le modifiche normative intervenute.

Inoltre, attraverso l'attività formativa in programma, sarà fornito un maggiore supporto ai dipendenti allo scopo di prevenire situazioni di inconferibilità e incompatibilità.

Indicatori

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

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
Aziendale	Approvazione dell'aggiornamento del regolamento sul conflitto di interessi adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO)	SI	30/06/2024

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.

Nel corso del 2023 è stata sottoposta all'attenzione della Direzione Aziendale una bozza di aggiornamento del regolamento in vigore, predisposta sulla base del documento approvato dal CRRRA nella riunione del 28/09/2023.

Obiettivi

Per l'anno 2024 l'obiettivo è quello completare l'iter di aggiornamento del regolamento aziendale approvato con delibera n. 195 del 30/01/2019 allo scopo di migliorare l'attuazione della misura. Inoltre, 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
Aziendale	Approvazione dell'aggiornamento del regolamento sul conflitto di interessi adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO)	SI	30/06/2024

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

Con delibera n. 481 del 12/04/2023 è stato approvato il "Regolamento in materia di svolgimento di incarichi extraistituzionali".

Obiettivi

Per l'anno 2024 l'obiettivo è quello completare l'iter di aggiornamento del regolamento aziendale approvato con delibera n. 195 del 30/01/2019 allo scopo di allinearne i contenuti con il regolamento in materia di svolgimento di incarichi extraistituzionali approvato con delibera n. 481 del 12/04/2023.

Indicatori

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

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
Aziendale	Approvazione dell'aggiornamento del regolamento sul conflitto di interessi adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO)	SI	30/06/2024

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 preconstituire 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,

⁵ Art. 21 del D.Lgs. 39/2013.

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.

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 anche 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 2024 l'obiettivo è quello completare l'iter di aggiornamento del regolamento aziendale approvato con delibera n. 195 del 30/01/2019 allo scopo di migliorare l'attuazione delle disposizioni sul pantouflage.

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

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".

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, previa valutazione della sostenibilità dal punto di vista economico/organizzativo.

Indicatori

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

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
Aziendale	Approvazione dell'aggiornamento del regolamento sul conflitto di interessi adottato con Delibera n.195 del 30/01/2019 (SI/NO)	SI	30/06/2024

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 del DG n. 91/2024 il proprio Codice di comportamento aziendale, previa procedura aperta alla partecipazione e parere favorevole dell'OIV, per allinearne i contenuti alle modifiche normative introdotte dal D.P.R. 81/2023 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.

Per garantire la più ampia diffusione e conoscibilità dei Codici di comportamento, l'Azienda, in collaborazione con il CRRRA, ha attivato, a partire da dicembre 2023, un corso di formazione a distanza (FAD) dedicato.

Obiettivo

Per il 2024, l'obiettivo principale è quello di coinvolgere il maggior numero di dipendenti nella FAD dedicata ai Codici di comportamento. Visto l'elevato numero di potenziali partecipanti, si presume che il ciclo potrà essere concluso solamente entro il periodo di validità del presente Piano come da programma riportato nel paragrafo dedicato alla formazione.

Inoltre, si proseguirà con l'attività di inserimento di apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi previsti dai Codici di comportamento, negli atti di incarico, nei bandi, negli avvisi e nei contratti/convenzioni di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, lavori e forniture.

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 Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi DIR Dipartimento Servizi amministrativi ospedale territorio DIR SOC Affari Generali DIR SOC Affari legali e avvocatura	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 allegata al presente PIAO (Allegato 6), conformi alle indicazioni fornite dal PNA e dalla delibera ANAC 215/2019. Sulla base di queste, il RPCT ha predisposto una bozza di regolamento che è attualmente all'esame della Direzione Aziendale. Le suddette linee guida continueranno ad essere applicate in via sperimentale dalle competenti strutture aziendali fino all'adozione del regolamento definitivo.

Obiettivi

Per il 2024, è prevista l'adozione di un regolamento per la gestione della misura della rotazione straordinaria conforme alle linee guida approvate dal CRRA trasmesse dalla Regione Toscana e allegata al presente PIAO (Allegato 6).

Indicatori

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

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
Aziendale	Adozione di un regolamento per definire le modalità	SI	31/12/2024

	di applicazione della misura della rotazione straordinaria (SI/NO)		
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 verifichino 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 allegate al presente PIAO (Allegato 6), conformi alle indicazioni fornite dal PNA. Sulla base di queste, il RPCT ha predisposto una bozza di regolamento che è attualmente all'esame della Direzione Aziendale. Le suddette linee guida continueranno ad essere applicate in via sperimentale dalle competenti strutture aziendali fino all'adozione del regolamento definitivo.

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 prioritariamente a tutti gli incarichi operanti nelle aree a maggior rischio corruzione individuate da ANAC per il settore sanitario.

Nell'anno 2023 l'Azienda ha attuato una importante riorganizzazione modificando profondamente settori significativi del proprio assetto organizzativo nell'ottica di implementare ulteriormente una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione ed una rete di servizi socio-sanitari in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare, anche in applicazione di quanto previsto dalle indicazioni nazionali (D.M. 77/2022) e regionali (DGRT n.1508/2022, DGRT n.1425/2022, DPGR 14950/2022, DPGR 24489/2022, ecc.).

A tal fine, sulla base della programmazione aziendale, sono state riorganizzate intere aggregazioni dipartimentali ridefinendone le funzioni operative, le risorse e i macro obiettivi. Le principali modifiche hanno riguardato:

- la scissione del Dipartimento delle specialistiche mediche in due distinti dipartimenti: Dipartimento di medicina multidimensionale e Dipartimento delle specialistiche mediche;
- la riorganizzazione della Radiologia senologica nel Dipartimento diagnostica per immagini;
- il trasferimento delle funzioni di governo delle attività consultoriali dal Dipartimento rete sanitaria territoriale al Dipartimento materno infantile e conseguente revisione complessiva dell'assetto delle Aree afferenti al Dipartimento rete sanitaria territoriale;
- la riorganizzazione dei settori della Farmaceutica territoriale, della Farmaceutica ospedaliera e delle Farmacie di continuità nell'ambito del Dipartimento del farmaco;
- la creazione di un nuovo Dipartimento approvvigionamento prestazioni, beni e servizi nell'area tecnico amministrativa, a cui sono state attribuite macro funzioni che, in precedenza, risultavano distribuite su più strutture amministrative;
- la riprogettazione del Dipartimento del decentramento poi rinominato Dipartimento servizi amministrativi ospedale territorio;
- l'istituzione dell'Area gestione responsabilità sanitaria, afferente al Direttore Sanitario, articolata nelle strutture: SOC Medicina legale ospedaliera e di gestione dei conflitti; SOS Gestione rischio clinico; SOS medicina preventiva.

Obiettivi

Per il 2024, è prevista l'adozione di un regolamento per la gestione della misura della rotazione ordinaria conforme alle linee guida approvate dal CRRA trasmesse dalla Regione Toscana e allegate al presente PIAO (Allegato 6).

Indicatori

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

Responsabilità	Indicatore	Target	Scadenza
Aziendale	Adozione di un regolamento per definire le modalità di applicazione della misura della rotazione ordinaria (SI/NO)	SI	31/12/2024

4.3.11 Whistleblowing

La segnalazione di illeciti è uno degli strumenti, insieme al PIAO, il Codice di comportamento, ecc., volti ad evitare il compimento di illeciti e provvedere alla corretta gestione e tutela dei beni pubblici e delle risorse affidate ai pubblici funzionari, a presidio dell'interesse collettivo.

La Legge 190/2012, con l'introduzione dell'articolo 54-bis al D.Lgs. 165/2001, aveva già previsto nei confronti del pubblico dipendente che segnala illeciti di cui è venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, il divieto di qualsiasi forma di ritorsione diretta o indiretta per motivi collegati alla denuncia.

Successivamente, la Legge 179/2017 aveva introdotto disposizioni più specifiche di 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 del collaboratore che segnala illeciti nel settore privato. Inoltre, aveva integrato la disciplina in materia di obbligo del segreto d'ufficio, aziendale, professionale, scientifico e industriale.

La Direttiva Europea 1937/2019 ha ridefinito in maniera organica la protezione dei segnalanti (c.d. whistleblowers) introducendo per tutti gli Stati membri norme minime senza distinzioni tra settore pubblico e privato. La direttiva introduce per tutti, un vero e proprio diritto alla segnalazione e il Whistleblowing diventa contemporaneamente uno strumento di prevenzione degli illeciti e la manifestazione di un diritto umano (libertà di espressione).

Il provvedimento attuativo della suddetta direttiva è il D.Lgs. 24/2023 (entrato in vigore il 15/07/2023) che raccoglie in un unico testo normativo l'intera disciplina dei canali di segnalazione e delle tutele riconosciute ai segnalanti sia del settore pubblico che privato.

Stato dell'arte e indicazioni operative

L'Azienda con delibera n. 1393 del 15/12/2023, ha adottato il "Regolamento in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni ai sensi del d.lgs. n. 24/2023 e per la presentazione e gestione delle segnalazioni interne (c.d. Whistleblowing)" che sostituisce il precedente adottato con delibera n.1695 del 05/11/2021.

Il regolamento, in conformità alla normativa vigente, 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 le tutele previste dalla legge.

Tutti i soggetti interessati, possono trovare, nella sezione "Whistleblowing" del sito "Amministrazione Trasparente", il regolamento, la modulistica e tutte le informazioni necessarie per effettuare una segnalazione e usufruire delle tutele.

Obiettivo

Su richiesta dell'Azienda, la centrale di committenza ESTAR ha avviato una procedura per l'acquisizione di una piattaforma informatica per la gestione delle segnalazioni di illeciti conforme ai requisiti previsti dalla legge e dal regolamento aziendale. La procedura dovrebbe concludersi entro il 2025.

Nell'ambito della formazione programmata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, saranno illustrati 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
ESTAR	Adozione della piattaforma informatica per la gestione delle segnalazioni di illeciti conforme ai requisiti previsti dalla legge e dal regolamento aziendale (SI/NO)	SI	31/12/2025

4.3.12 I patti d'integrità

In base all'art. 1, comma 17 della Legge 190/2021 l'Azienda ha la facoltà di 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

Con delibera n. 706 del 31/05/2023, l'Azienda ha approvato uno schema di patto di integrità. Le competenti strutture aziendali sono tenute a prevedere negli avvisi, nei bandi di gara, nelle lettere di invito e nei contratti tra l'Azienda USL Toscana Centro e gli operatori economici, relativi a procedure di appalto e concessione di lavori, servizi e forniture di importo superiore a €40.000 gestite integralmente dall'Azienda, una clausola sul rispetto dei patti di integrità. Le suddette strutture aziendali hanno, inoltre, la facoltà di prevedere nei patti di integrità ulteriori misure di prevenzione non incluse nello schema e di estenderne l'applicazione anche a procedure di diversa tipologia e/o importo.

Obiettivo

Per il 2024 l'obiettivo è quello di promuovere il più possibile l'utilizzo di questi strumenti come misura specifica di prevenzione nell'ambito dei processi aziendali che gestiscono le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture.

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 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.

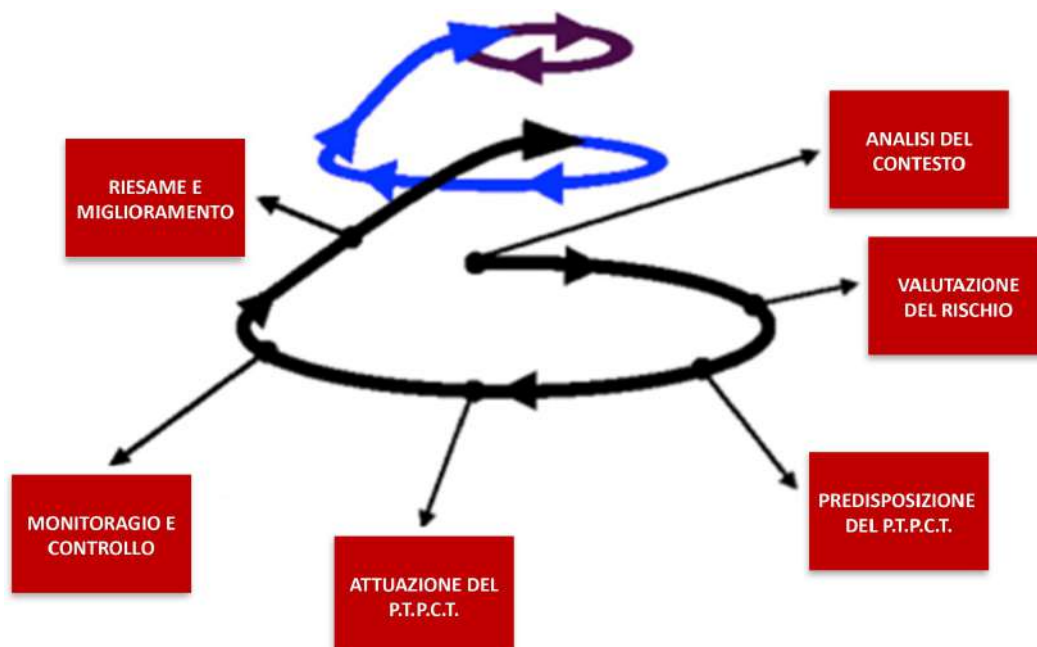
I risultati dell’attività di monitoraggio e controllo svolta nel 2023 sono riportati nella relazione annuale del RPCT, alla quale si rimanda per un approfondimento.

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.

Figura 11 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 anche in applicazione di quanto previsto dalle indicazioni nazionali (D.M. 77/2022) e regionali (DGRT n.1508/2022, DGRT n.1425/2022, DPGR 14950/2022, DPGR 24489/2022, ecc.). 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 a 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.

L'organigramma completo e aggiornato dell'Azienda USL Toscana Centro è consultabile sul sito aziendale www.uslcentro.toscana.it - (<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/organigramma-aziendale>).

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 USL 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 USL 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 nel 2022 una fase sperimentale dedicata al personale del comparto amministrativo, durante la quale 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.

Quest'ultimo ha infatti inteso disciplinare, in particolare agli articoli dal n. 76 al n. 82, i principi generali del lavoro agile, nonché importanti aspetti, quali quelli relativi ai criteri di accesso, agli elementi essenziali dell'accordo individuale, all'articolazione della prestazione in modalità agile, al diritto alla disconnessione dei lavoratori e, in ultimo, anche alla formazione degli stessi dipendenti in modalità agile.

In un contesto normativo come quello sopra descritto, si è ritenuto dunque, estendo la progettualità su forme di lavoro agile straordinario, sia per esigenze aziendali che del lavoratore, a tutto il personale del ruolo tecnico e amministrativo, compresa la Dirigenza, aggiornare il regolamento approvato con delibera n. 1499 del 07.10.2021.

Con Delibera n. 1029 del 10.08.2023 è stato pertanto aggiornato il Regolamento aziendale Smart Working, unitamente alla Scheda di piano specifico per l'attuazione dello s.w, al Modello di accordo individuale di lavoro in modalità s.w. e al Piano di s.w., del quale si ricordano i punti salienti:

- lavoro per obiettivi prestabiliti in alternanza tra spazi aziendali e spazi scelti dal lavoratore di norma per un massimo di n. 2 giorni a settimana;
- non vi è una postazione fissa, si può lavorare da qualsiasi luogo;
- non vi sono vincoli di spazio e tempo, fatta eccezione per la fascia di contattabilità;
- in caso di eventi calamitosi o eventi di carattere straordinario, al fine di garantire la funzionalità delle attività necessarie e/o la salute e la sicurezza pubblica, valutazione da parte aziendale della possibilità di autorizzare temporaneamente l'accesso al lavoro agile del personale dipendente che svolge o al quale possono essere assegnate mansioni compatibili e di ampliare la modalità di esercizio del lavoro a distanza;
- lavoro agile straordinario, da autorizzare da parte del Direttore interessato, per particolari esigenze temporanee organizzative o di natura personale del dipendente o della dipendente, previa valutazione della Direzione Aziendale e di Dipartimento;
- 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.

Allo studio la possibilità di estendere la modalità di lavoro agile anche a personale appartenente al ruolo sanitario del comparto e della Dirigenza, impegnato in attività smartabili, le quali dovranno essere definite mediante specifici percorsi di mappatura con il coinvolgimento della direzione dei servizi interessati.

5.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il documento allegato (allegato 8) si pone l'obiettivo di programmare il fabbisogno della forza lavoro dell'Azienda USL Toscana Centro per il triennio 2024-2026, alla luce della programmazione aziendale, dei principali trend che interessano il campo di azione sanitario in generale e della gestione delle fasi di rientro nella regolarità delle attività e servizi con conseguente riequilibrio e riorganizzazione delle risorse umane.

I contenuti sono organizzati ed elaborati secondo le indicazioni fornite dalle "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogno 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 2024-2026 forniti dalla Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale della Regione Toscana con delibera n. 1425 del 04.12.2023.

Si allega al presente documento il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale 2024-2026 approvato con delibera della GRT n. 40 del 22.01.2024 (allegato 8).

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 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 220 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

Il PAF è un investimento strategico nel capitale umano, uno strumento di programmazione che descrive gli orientamenti e le attività formative previste dall’azienda per la valorizzazione e lo sviluppo del proprio personale coerentemente a quanto previsto nelle “linee generali di indirizzo per il piano di formazione anno 2024” approvate dalla Direzione Generale e coerentemente al D. Lgs. 165/01 che, all’art. 7 comma 4, 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.

Per conto dell’azienda, il PAF è redatto annualmente dalla SOC Formazione in condivisione con il Comitato Tecnico Scientifico conformemente a quanto riportato nella DGRT 1306/2022

concernente “Determinazioni in materia di Educazione Continua in Medicina (ECM) della Regione Toscana”. Tale DGRT stabilisce che le aziende elaborino un Piano Annuale di Formazione 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 sponsor, ove già individuati, gli strumenti e i tempi di verifica qualitativa e quantitativa, le modalità di diffusione del piano all’interno dell’Azienda e le attività da porre in essere per garantire equità di accesso alla formazione e le risorse finanziarie.

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

Il PAF è stato redatto tenendo conto di:

- obiettivi nazionali, regionali e strategici aziendali;
- analisi criticità organizzative e fabbisogni formativi emersi e trasformati in proposte progettuali;
- obblighi normativi;
- politiche di sviluppo del capitale umano;
- 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, on the job, la simulazione, per la sua efficacia in termini di apprendimento e di possibile sviluppo organizzativo;
- incentivazione della formazione a distanza, sincrona e asincrona;
- 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 di 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 2021 – 2025.

5.4.5 Gli obiettivi formativi strategici e priorità aziendali

In riferimento ai suddetti elementi caratterizzanti la mission, la Direzione Aziendale definisce annualmente gli obiettivi formativi strategici aziendali, che rappresentano la linea di indirizzo per la definizione del Piano Annuale di Formazione, che per l'anno 2024 sono:

- 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 dai 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 negli anni passati è stato avviato un percorso formativo rivolto a tutti i dipendenti con il supporto di Formas. Con l'informazione i lavoratori imparano, invece, a riconoscere e di conseguenza a ridimensionare e a controllare i rischi presenti in azienda ed, infine, tramite l'addestramento i lavoratori si esercitano ad utilizzare le attrezzature, i macchinari, i dispositivi e tutte le strumentazioni che servono per le fasi di lavoro con l'obiettivo fondamentale di prevenire i danni alla salute che possano derivare dall'attività lavorativa, in relazione alla specifica mansione cui ogni lavoratore è adibito.

- 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. Di fronte ai cambiamenti e alla sempre maggiore complessità la valorizzazione del capitale umano diventa una necessità fondamentale a vantaggio delle persone e delle imprese in cui esse operano. Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica richiedono professionisti regolarmente aggiornati e formati per garantire efficacia, adeguatezza, sicurezza ed efficienza dell'assistenza fornita dal Servizio Sanitario Nazionale. L'azienda è chiamata ad attivare azioni di upskilling, come cura dedicata ad accrescere le competenze per svolgere al meglio l'attività professionale attualmente svolta, che di reskilling come impegno per sviluppare e migliorare nuove competenze al fine di aggiornarsi e riconvertirsi verso nuove attività. In tal modo si sviluppa quel bagaglio di competenze, conoscenze, approcci, comportamenti che sono imprescindibili dato l'evolversi della vita lavorativa. Le persone costituiscono un patrimonio di qualità soggettive, di conoscenze, abilità e esperienze che hanno sviluppato nel corso della loro vita di lavoro e che via via sviluppano. Nessuna azienda può perdere oggi la possibilità di valorizzare questa ricchezza che va messa a valore, e sulla quale è necessario investire in termini formativi. 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: comunicazione e relazione d'aiuto, gestione risorse umane, coaching, privacy, anticorruzione, Codice di comportamento, telemedicina e malattie croniche, ecografia, accessi venosi, ecc
- Implementare le competenze per promuovere le misure necessarie alla salvaguardia della salute pubblica. 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 legati indissolubilmente. I problemi emersi durante la pandemia Covid-19, hanno evidenziato l'importanza dello sviluppo professionale e manageriale e di investimenti nei processi di promozione della salute e prevenzione della malattia. Sulla base di quanto indicato anche dal DM 77 del 23 maggio 2022 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale), sarà necessaria una maggiore integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali in tema di sanità pubblica, per realizzare e sostenere gli interventi di prevenzione e promozione della salute

continuando lo sviluppo dei processi di empowerment individuale e di comunità. La formazione dovrà mirare allo sviluppo di competenze tecnico professionali e relazionali indispensabili per l'attivazione di 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, salute e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, screening oncologici, dipendenze e riduzione del danno, prevenzione primaria e malattie infettive emergenti, vaccinazioni, counseling, sicurezza alimentare e sicurezza chimica.

- Promuovere lo sviluppo di competenze per garantire la presa in carico totale dell'utente, l'appropriatezza delle cure territoriali e ospedaliere, l'orientamento alle differenze di genere. 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 ospedali e tra la rete ospedaliera e servizi territoriali, attraverso l'adozione di linee guida per la gestione integrata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). La necessità di ricomporre l'offerta dei servizi intorno alla persona rende necessario sviluppare reti cliniche in modo da garantire la possibilità di erogare prestazioni in modo flessibile e con maggior grado di "personalizzazione", utilizzando da subito le innovazioni cliniche, tecniche e tecnologiche e consentendo di prevedere percorsi per pazienti complessi pluri-patologici, sviluppati sulla base dei bisogni, secondo il criterio di una risposta appropriata, personalizzata ed efficace, nei luoghi di maggior prossimità del paziente e del contesto familiare. Le reti si caratterizzano per la multi-professionalità dell'intervento con l'obiettivo, comune a tutte le figure professionali, di garantire la presa in carico del cittadino, la continuità assistenziale e di migliorare la qualità della vita della persona affetta dalle specifiche patologie, operando in modo trasversale ai diversi setting assistenziali - ospedaliero e territoriale con le sue differenti articolazioni - fino al domicilio del paziente. I professionisti che partecipano alle suddette reti hanno bisogno di acquisire non solo competenze tecnico-professionali specifiche, in base alla problematica di interesse, ma, anche competenze trasversali di tipo gestionale e relazionale per garantire un adeguato funzionamento delle reti stesse. Per il raggiungimento di questi obiettivi è centrale la formazione dei professionisti, focalizzata sia all'acquisizione di sapere tecnico, anche attraverso la pratica sul campo, sia al conseguimento di skills organizzative e di governo delle risorse umane e tecnologiche. La flessibilità degli operatori, infatti, deve essere vista non solo come condivisione di competenze professionali, ma anche come occasione di diffusione delle conoscenze e di apprendimento sul campo, pertanto queste vanno supportate formalmente. Anche rispetto alla medicina di genere la formazione è indispensabile per rendere consapevoli e competenti gli operatori del comparto sanitario dell'impatto della dimensione di genere sul concetto di salute, di malattia, di benessere psicofisico. Rientrano ad esempio in questo obiettivo le seguenti macroaree di contenuto e di sviluppo: medicina di genere, prevenzione e gestione overcrowding e boarding, governance e appropriatezza delle cure, 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...
- Migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie, garantire sicurezza nelle cure e nell'assistenza e monitorarne gli esiti. La formazione per la sicurezza delle cure rappresenta un tema importante

delle linee strategiche, 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 l'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. Per una programmazione e pianificazione delle attività di gestione del rischio in sanità è necessario che i professionisti possiedano specifiche conoscenze e competenze. 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, strumenti proattivi per l'identificazione dei rischi, 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, BLS, ventilazione polmonare assistita.

Per ciascun obiettivo formativo strategico aziendale, sono individuati anche specifici indicatori qualitativi e quantitativi di valutazione 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

Obiettivi formativi strategici aziendali	
Promuovere la cultura della salute e sicurezza sul lavoro attraverso interventi di prevenzione e gestione dei rischi attuali, nuovi ed emergenti	Iniziative previste: 102 Ore di formazione previste: 3099 Professionisti da formare: 25120
Valorizzare il capitale umano in modo da offrire un sistema di alte competenze tecnico professionali, relazionali, manageriali e digitali	Iniziative previste: 673 Ore di formazione previste: 12377 Professionisti da formare: 92932
Implementare le competenze per promuovere le misure necessarie alla salvaguardia della salute pubblica	Iniziative previste: 52 Ore di formazione previste: 574 Professionisti da formare: 3936

Promuovere lo sviluppo di competenze per garantire la presa in carico totale dell'utente, l'appropriatezza delle cure territoriali e ospedaliere, l'orientamento alle differenze di genere	Iniziative previste: 399 Ore di formazione previste: 10585 Professionisti da formare: 18313
Migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie, garantire sicurezza nelle cure e nell'assistenza e monitorarne gli esiti	Iniziative previste: 549 Ore di formazione previste: 12377 Professionisti da formare: 37943

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, dal momento che dalla formazione del personale e dalla sua crescita nel tempo dipende il raggiungimento degli obiettivi aziendali, pone al centro del proprio sistema la risorsa umana in modo da garantire un'assistenza di qualità fondata su competenze, responsabilità e capacità delle persone di lavorare insieme.

In generale investire sulle risorse umane permette di migliorare le capacità del team, migliorare la motivazione e la partecipazione contribuendo in modo più proattivo al raggiungimento degli obiettivi. I processi di formazione non servono solamente a condividere nuove capacità e competenze, quanto anche a creare le basi per una migliore efficienza del capitale umano.

Sono state previste specifiche attività di formazione per sostenere ed accrescere la professionalità e le competenze di figure che ricoprono ruoli chiave in modo tale da facilitare il raggiungimento degli obiettivi assegnati e la realizzazione di modelli organizzativi condivisi in azienda.

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 sul Dipartimento Oncologico, Dipartimento Assistenza Infermieristica ed Ostetrica, Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie,

Dipartimento Risorse Umane, Dipartimento Emergenza ed Area critica, Staff Direzione Generale; 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:

- Il CCNL relativo al personale del comparto sanità;
- Elementi di comunicazione aziendale;
- Bilancio attività e azioni di miglioramento nella Rete Codice Rosa AUSL Toscana Centro;
- Corso anti aggressione per operatori sanitari;
- Gestione emotiva nelle situazioni di criticità;
- I conflitti che fanno crescere: gestione della negatività (conflitti, stress, burnout) dalle mappe scientifiche alle applicazioni;
- Il coaching nella Formazione;
- Il peso delle emozioni e la pedagogia del corpo nella gestione dello stress e dell’emotività sul lavoro;
- Inserimento e integrazione lavorativa per le persone destinatarie della Legge 68/1999;
- La comunicazione efficace;
- La comunicazione pacifica, la gestione dei conflitti e il benessere di gruppo;
- La cultura del ben-essere: nuovo strumento nella rete professionale;
- La modifica dei comportamenti nelle organizzazioni;
- La relazione nei contesti di cura: esperienze e confronto sulla medicina narrativa negli Hospice;
- Le differenze generazionali nel team: da problema a vantaggio competitivo;
- Lo sviluppo della comunicazione operatore-paziente e operatore-operatore in ambito sanitario;
- Nuovo sistema di valutazione del personale;
- Modelli e sviluppo della leadership. Strumenti e strategie per la comunicazione in un gruppo di lavoro;
- Point of Care Ultrasound in Emergenza preospedaliera;
- Psiconcologia: uno strumento di supporto al trattamento del paziente oncologico;
- Qualificare l'intervento dei Team nei percorsi Codice Rosa sui crimini d'odio;
- Team Building;
- TEAM LAB: strategie e strumenti per generare valore. Il Time management ad uso del team.

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, si stanno sviluppando percorsi organizzativi innovativi quali il "progetto Recovery" in salute mentale e, come da indicazioni del PNRR, sono in fase di realizzazione le COT, strutture in grado di svolgere una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Inoltre l'azienda sta lavorando per la messa a punto della Centrale Operativa Infermieristica per le urgenze infermieristiche che permetterà di prendere in carico a domicilio le urgenze infermieristiche che rappresentano accessi inappropriati nelle strutture dell'emergenza territoriale nei Pronto Soccorso.

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:

- Da ACOT a COT;
- Da Casa della Salute a Casa di Comunità;
- Sviluppo delle competenze infermieristiche per il livello 2A;
- Prevenzione e gestione Overcrowding e Boarding (DGRT 532 del 15.5.23);
- Fundamentals model 4.0;
- Gli infermieri di famiglia e comunità dell'ATC a confronto;
- L'accoglienza nelle case di comunità;
- La gestione dei flussi in pronto soccorso: boarding e overcrowding;
- Infermieri Ospedalieri e Territoriali insieme per l'integrazione del percorso clinico assistenziale;
- Handover territorio;

- Attivazione delle case di comunità;
- I percorsi della continuità H-T: gli strumenti e le procedure ACOT per la corretta e appropriata dimissione del paziente;
- L'Infermiere di famiglia e comunità: un modello evolutivo di assistenza sul territorio;
- MHR Star: uno strumento per misurare i processi di recovery nell'ambito della salute mentale;
- Stato dell'arte sulle attività delle singole Acot: uniformare i processi di continuità in seno alle singole Acot;
- NEA 116-117;
- Gestione della continuità assistenziale: conoscere l'operatività di ACOT.

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, ecc). 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.

Durante il 2023 è stato adottato il software di livello regionale dedicato alla gestione del personale. Si svilupperanno nel 2024 tecnologie necessarie al miglioramento dell'assistenza al cittadino e della rete dei servizi, sia a livello ospedaliero che territoriale. I principali ambiti di intervento per il 2024 saranno:

- lo sviluppo dell'informatizzazione dei servizi territoriali, sia attraverso le Centrali Operative Territoriali che attraverso l'ammodernamento del software Astercloud che svolgerà funzioni di supporto all'intera gestione dei percorsi sanitari territoriali e dei percorsi ospedale-territorio;
- l'adozione di una nuova cartella clinica di ambito regionale CR1 che progressivamente sostituirà la cartella Argos;
- l'unificazione dei software di laboratorio;
- l'estensione di rete wifi nei Dipartimenti di Emergenza Urgenza.

Proseguono inoltre le attività già intraprese nel 2023 riportate nel precedente piano

I principali eventi previsti per tale area erano e sono:

- First aid e presa in carico infermieristica: la gestione dell'informazione nei DEA;
- Implementazioni tecnologiche EMMA NUE 112;
- La nuova organizzazione POCT ospedalieri;
- Linee guida per l'utilizzo della Cartella informatizzata AsterCloud;
- Nuove tecniche di acquisizione Cardio TC;
- Organizzazione ed ottimizzazione di processi informatizzati relativi all'applicativo regionale WHR-TIME;
- Adeguamento emissione documenti e fatture dal software di contabilità agli adempimenti richiesti dalla normativa PAGOPA;
- Data Warehouse e Business Intelligence: applicazioni pratiche.

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

Il piano della formazione 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 1306/2022, tramite un documento denominato Relazione Annuale sulla Formazione, che deve essere trasmesso entro il 31 marzo di ogni anno.

Tabella 6. Indicatori qualitativi

Indicatori	Standard al 31/12
N. eventi realizzati/n. eventi programmati	≥50%
N. personale coinvolto/n. personale programmato (a ruolo dipendente)	≥60%
N. personale coinvolto/n. personale programmato (a ruolo convenzionato)	≥60%
N. dossier di gruppo costruiti	≥7
N. eventi con docenti esterni al SSN/n. eventi realizzati	<25%
N. crediti ECM totali erogati/n. personale sanitario a ruolo e convenzionato (credito medio)	≥25

Tabella 7. Indicatori qualitativi

Indicatori	Standard al 31/12
Grado di soddisfazione dei discenti ≥ 3 (range 0 – 5)	≥3
N. verifiche di impatto realizzate/n. verifiche di impatto previste	≥60%
N. eventi svolti con tipologie innovative (FSC, FAD, Blended, Ricerca, Simulazione)/ n. eventi programmati	≥25%

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.

Nel PAF 2024 sono previsti 1775 eventi per un totale di 4940 edizioni. In base alla tipologia di formazione, sono distribuite nel seguente modo:

Tabella 8. Tipologia di eventi

Tipologia evento	Numero
Audit	49
Audit rischio clinico	10
Blended (Tipo A + Tipo B)	21
Blended (Tipo A + Tipo C)	8
Blended (Tipo A + Tipo D)	2
Blended (Tipo C + tipo B)	1
Blended (Tipo C + Tipo D)	1
Comunità di apprendimento o di pratica	24
Convegno, Congresso, Simposio, Conferenza	8
Corso, Corso con Simulazione	682
E-learning (FAD)	48
FAD con strumenti informatici/cartacei	1
FAD sincrona	65
Focus Group	1
M&M	55
Ricerca	5
Riunione permanente di aggiornamento professionale/gruppo di miglioramento	478
Seminario, Giornata di studio, Consensus Meeting	171
Simulazione (DGR 254/2013)	9
Tirocinio, Stage	10
TOJ, Addestramento pratico, TOJ con simulazione	110
Videoconferenza	16
Totale complessivo	1775

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

Tabella 9. Sintesi eventi

N. eventi FSC (Tipo B + Tipo D)	N. eventi Comunità di pratica	N. eventi FAD	N. eventi Blended	N. eventi Ricerca	Totale eventi rispondenti a tipologie innovative	% sul totale eventi del PAF
722	24	114	33	5	898	50,59

5.4.9 Formazione a distanza

Negli ultimi tempi, a causa della pandemia COVID, l'utilizzo di piattaforme FAD e in generale il mondo dell'e-learning hanno avuto un incremento e uno sviluppo significativo.

FAD ed e-learning sono diventate delle vere e proprie necessità in azienda, non solo per l'aggiornamento professionale, ma anche per lo sviluppo di competenze soft. Per questo 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.

La tecnologia è sicuramente un valido strumento a supporto dell'apprendimento ma in molti casi, una soluzione mista che unisce apprendimento tradizionale e apprendimento digitale è la scelta migliore.

5.4.10 Risorse finanziarie

Per l'anno 2024 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 10. Risorse finanziarie

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 sono ormai diversi anni che 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 dei suddetti obiettivi di Budget delle strutture operative si ha quello 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 questo gestionale vengono alimentati e prodotti mensilmente dei report di controllo della spesa che vengono inviati a tutte le strutture aziendali titolari di budget economico e, con una frequenza di una o due volte l'anno, si realizzano report di monitoraggio comprendenti i risultati delle azioni di appropriatezza e della spesa farmaceutica generata dal canale distributivo esterno.

E' in corso di realizzazione una reportistica sui "bilancini" di struttura. Quest'ultimi sono dei prospetti 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, a tendere, saranno composti sia da costi e 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 11. Eventuali valutazioni discordanti tra i due valutatori sono discusse fino al raggiungimento dell'accordo.

Tabella 11. 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

	PIAO 2024-2026	Rev. 30/01/24
---	-----------------------	---------------

Target non pienamente raggiunto. Si evidenzia comunque dalla documentazione che sono state messe in atto azioni concrete orientate al perseguimento dell'obiettivo.	0,75
Target parzialmente raggiunto e/o documentazione prodotta non idonea a valutarne 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»
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017** «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»
- 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»
- 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»
- 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)»
- 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 criminose 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»
- 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»
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»
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 l quater, del d.lgs. n. 165 del 2001»
Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019	«Piano Nazionale Anticorruzione 2019»
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»
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»
D.Lgs. 10 marzo 2023, n. 24	«Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali»
D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36	«Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici»
D.P.R. 13 giugno 2023, n. 81	«Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»

Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023	«Adozione del provvedimento di cui all'articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante "Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l'integrazione con i servizi abilitanti l'ecosistema di approvvigionamento digitale"»
Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 e ss.mm.ii.	«Adozione del provvedimento di cui all'articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33»
Delibera ANAC n. 311 del 12 luglio 2023	«Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne»
Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022 n. 77	«Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»
Legge 29 luglio 2021 n. 108	«Conversione in legge, con modificazioni, del DL 31 maggio 2021, n. 77, recante governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure»
Decreto Ministero della Salute 12 marzo 2019	«Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria»

8. DEFINIZIONI

ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
DFP	Dipartimento della Funzione Pubblica
AUSL TC/Azienda	Azienda USL Toscana Centro
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
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 Unico di Progetto

Persona segnalante (Whistleblower)	Persona che segnala, divulga ovvero denuncia all'Autorità Giudiziaria o Contabile, violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato, di cui è venuta a conoscenza in un contesto lavorativo pubblico o privato (combinato disposto dell'art. 1 e dell'art. 2 del D.Lgs. 24/2023)
Whistleblowing	Istituto di tutela previsto dal D.Lgs. 24/2023
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 – Elenco Referenti Anticorruzione e Trasparenza

Allegato 8 – Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2024-2026

ALLEGATO 1 – CATALOGO DEI PROCESSI E REGISTRO DEI RISCHI

INDICE DEI PROCESSI

Codice	Nome del processo
APBESE001	Ricezione, controllo e liquidazione delle Distinte Riepilogative Contabili (DCR) emesse dalle farmacie convenzionate
APBESE002	Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali
APBESE003	Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali
APBESE004	Gestione procedure d'acquisto di beni e servizi sotto €40.000
APBESE005	Gestione forniture e noleggi apparecchi elettromedicali
APBESE007	Forniture arredi, attrezzature generico sanitarie e apparecchiature non elettromedicali
APBESE008	Gestione dei servizi non sanitari
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	Negoziazione e valutazione obiettivi economici di budget
APICDG010	Rilevazione carichi di lavoro delle strutture ospedaliere
APICDG013	Valutazioni economiche, pricing e costing
ARETEC001	Affidamento diretto di forniture e servizi (ivi compresi i servizi di architettura ed ingegneria) di importo inferiore ad € 140.000 - sulla base di elementi qualitativi e quantitativi definiti dal RUP – ai sensi dell'art. 50, comma 1, lettera b, D.lgs 36/2023 (Codice)
ARETEC002	Affidamento diretto di lavori di importo inferiore ad € 150.000 - sulla base di elementi qualitativi e quantitativi definiti dal RUP - ai sensi dell'art. 50, comma 1, lettera a, D.lgs 36/2023 (Codice)
ARETEC003	Procedura negoziata servizi (ivi compresi servizi di architettura ed ingegneria) da euro 140.000 fino alla soglia di cui all'art. 14 del D. Lgs. 36/2023 e ss.mm.- con il criterio del minor prezzo o dell'OEPV
ARETEC004	Lavori da euro 150.000 fino alla soglia di cui all'art. 14 del D. Lgs. 36/2023 e ss.mm. - procedura negoziata - criterio minor prezzo e OEPV
ARETEC006	Dismissione, alienazione e donazioni beni mobili di proprietà
DIRSAN001	Organizzazione e monitoraggio della chirurgia in erogazione congiunta
DIRSAN002	Gestione centralizzata aziendale dei percorsi di continuità ospedale-territorio
DIRSAN003	Consulenza psicologica in reparto ospedaliero
DIRSAN004	Controlli su strutture accreditate (Ricoveri)
DIRSAN005	Controlli su strutture accreditate (Ambulatoriale)
FARMAC003	Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie
FARMAC004	Distribuzione diretta dei farmaci
INFOST001	Approvvigionamento medicazioni avanzate fascia C ambulatorio III livello Wound Care Team
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
MEDFIS004	Erogazione visite e trattamenti terapeutici medicina complementare
MEDGEN001	Riepiloghi riunioni AFT ricevuti dai coordinatori
PREVEN001	Controllo ufficiale su stabilimento riconosciuto/registrato che produce e/o commercializza prodotti destinati al consumo umano e/o animale e sul benessere animale
PREVEN002	Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili)
PREVEN003	Controllo di unità locali per motivi di sanità pubblica (collettività scolastiche, strutture recettive, impianti natatori, impianti sportivi, attività di estetica e tatuatore etc..)
PREVEN004	Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature
PREVEN007	Rilascio di certificazione in Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (prodotto finito PF 52 "certificazioni")
PREVEN009	Rilascio di certificazione in Area Igiene Pubblica e della Nutrizione (prodotto finito PF 52 "certificazioni")
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
RETSAN001	Coordinamento e omogenizzazione presidi e servizi territoriali
RISUMA001	Affidamento degli incarichi dirigenziali di natura gestionale
RISUMA002	Conferimento incarichi collaborazione

INDICE DEI PROCESSI

Codice	Nome del processo
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
SAOTER001	Programmazione Operativa Chirurgia Elettiva
SAOTER002	Analisi della produzione specialistica ambulatoriale
SAOTER003	Monitoraggio prestazioni di ricovero acuto e post acuto erogate da privato convenzionato
SAOTER004	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
SAOTER005	Concessione contributi per malattie rare, contributi per cure climatiche per disabili, assegno di cura per la SLA
SAOTER006	Quota sanitaria RSA/RSD/CD gestione amministrativa e recupero crediti della quota sociale
SAOTER007	Gestione amministrativa del paziente odontoiatrico
SAOTER008	Inserimenti utenti SERD in Strutture comunità residenziali e semi-residenziali (parte amministrativa)
SAOTER009	Gestione dei contratti di appalto di servizi socio sanitari
SAOTER010	Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi (parte amministrativa)
SAOTER011	Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale /Contributi per rette eterofamiliari per utenti della UF Salute Mentale (parte amministrativa)
SAOTER012	Gestione amministrativa protesi e ausili
SERSOC001	Verifica esecuzione dei contratti d'appalto nelle strutture socio sanitarie residenziali e semiresidenziali
SPECHI001	Percorso di chirurgia programmata
STAFDA002	Elaborazione e monitoraggio della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)
STAFDA003	Gestione del whistleblowing
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 corruzione
STAFDA008	Recepimento delle donazioni liberali e delle disposizioni mortis causa
STAFDA013	Affidamento incarichi legali per la difesa in giudizio
STAFDA015	Richieste risarcitorie di terzi a gestione diretta
STAFDA017	Sistema Aziendale Privacy in materia di trattamento dei dati personali (Reg.UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.)
STAFDA019	Recupero crediti aperti e scaduti relativi a prestazioni fatturate a privati
STAFDG001	Adozione delibere del Direttore Generale
STAFDS003	Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit)
STAFDS005	Gestione delle infezioni correlate all'assistenza, antibioticoresistenza, sepsi nell'ambito delle attività indicate dal Team AID
TECSAN001	Gestione dei progetti di produttività aggiuntiva in radiodiagnostica

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – 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:	
Codice:	APBESE001
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi
RESP:	Alberto Coppi
Struttura del RESP:	SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica
Data di aggiornamento:	15/01/2024

1.2 – 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 Distribuzione per conto (DPC) e relative ricette farmaceutiche SSN spedite nel mese di competenza	Ricezione, controllo e liquidazione delle Distinte Contabili Riepilogative(DCR) 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

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
APBESE001 - Ricezione, controllo e liquidazione delle Distinte Riepilogative Contabili (DCR) emesse dalle farmacie convenzionate - 15/01/2024																					
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 – Valutazione dei rischi					2.3 – Trattamento del rischio												
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Ricevimento ricette e documento contabile	La consegna delle ricette e dei documenti contabili da parte delle farmacie territoriali convenzionate avviene seguendo due canali differenti: 1) L'82% circa delle farmacie consegna, entro il 10 del mese successivo a quello di competenza, le distinte riepilogative contabili (DCR), le note relative alla DPC (contenenti n° ricette, n° di pezzi consegnati nel mese) e le relative ricette da liquidare, direttamente alla ditta aggiudicataria del servizio di controllo tecnico contabile tramite lettura ottica delle prescrizioni farmaceutiche. Le Farmacie inviano tramite PEC la DCR e la nota DPC alla SOS Servizi Amministrativi per la farmaceutica; 2) Il restante 18% 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 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 DGRT 1488 del 1999).	Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica	DPR n. 371/98 DGRT 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. Sulle ricette non segnalate come anomale dalla lettura ottica viene effettuato un controllo a campione (2% delle ricette) con le modalità previste dalla Istruzione Operativa "Controllo sulle ricette non considerate anomale dalla ditta che effettua il servizio di lettura ottica delle ricette".	Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica	DPR n. 371/98 DGRT 1488 del 1999 Istruzione Operativa "Controllo sulle ricette non considerate anomale dalla ditta che effettua il servizio di lettura ottica delle ricette"	Esiste il rischio che la ditta incaricata della lettura ottica falsi i controlli per favorire/sfavorire una o più farmacie	Carenza di controlli	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa e l'impatto economico/ reputazionale può essere considerato basso	Effettuazione dei controlli previsti dall'istruzione operativa "Controllo sulle ricette non considerate anomale dalla ditta che effettua il servizio di lettura ottica delle ricette"	X							N° ricette controllate/n° ricette non risultate anomale alla lettura ottica	2%	RESP	31/12 di ogni anno	
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 a € 5.000,00, 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 allo scopo di favorire una o più farmacie	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa e l'impatto economico/ reputazionale può essere considerato basso													
4	Liquidazione	Il personale amministrativo, entro il giorno 23 del mese, predisporre 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																

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:	APBESE002
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento Approvvigionamento beni e servizi
RESP:	Alberto Coppi
Struttura del RESP:	SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica
Data di aggiornamento:	15/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali Gestori incaricati dei dispensari farmaceutici	Richiesta in bollo del riconoscimento del diritto all'indennità di residenza	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.	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	Regione Comuni Titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali Gestori incaricati dei dispensari farmaceutici

2 – ANALISI DEL PROCESSO

APBESE002 - Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali - 15/01/2024

2.1 - Descrizione delle attività														2.2 – Valutazione dei rischi							2.3 – Trattamento del rischio				
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifica di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza				
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI								
1	Ricezione delle domande	I Titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie private convenzionate 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 A/R o consegna diretta brevi manu. L'istanza è inoltrata sia alla SOS Farmacia Territoriale di competenza che alla SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica. Il personale amministrativo della SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica protocolla la richiesta e la trascrive su apposito registro interno. Alla domanda è allegata la dichiarazione rilasciata dal Comune che attesta la consistenza numerica della popolazione afferente al centro abitato o agglomerato rurale in cui è situata la Farmacia. Il personale amministrativo della SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica effettua un controllo sulla corretta compilazione della richiesta (verifica protocollo, bollo, sottoscrizione dell'avente diritto).	Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica	R.D. 27 luglio 1934 n. 1265 L. 221_68 Legge 40/1973 L.R. 16/2000 e successive modificazioni e integrazioni	Nessuno																				
2	Esame delle istanze	Il personale amministrativo della SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica, in collaborazione con il farmacista della SOS Farmacia Territoriale di competenza, verifica la sussistenza dei requisiti richiesti dalla legge ai fini del riconoscimento dell'indennità.	Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica in collaborazione con il farmacista della SOS Farmacia Territoriale di competenza	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	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte di tutto il personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica, coinvolto nelle pratiche, della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna pratica Acquisizione della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi del farmacista della SOS Farmacia Territoriale di competenza, per ciascuna pratica								X	Rilascio da parte di tutto il personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica, coinvolto nelle pratiche, della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna pratica (SI/NO)	SI	RESP	31/12 di ogni anno				
																			X	Acquisizione della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi del farmacista della SOS Farmacia Territoriale di competenza, per ciascuna pratica (SI/NO)	SI	RESP	31/12 di ogni anno		
3	Predisposizione delibera del Direttore Generale	Il Direttore della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica o l'I.F. Servizi farmaceutici sul territorio, sulla base degli esiti della valutazione effettuata, propone al Direttore Generale l'adozione del provvedimento di riconoscimento del diritto all'indennità di residenza ed il relativo importo.	Direttore SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica I.F. "Servizi farmaceutici sul territorio"	R.D. 27 luglio 1934 n. 1265 L. 221_68 Legge 40/1973 L.R. 16/2000 e successive modificazioni e integrazioni	Nessuno																				
4	Trasmissione atto deliberativo	Il personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica notifica alla Regione, ai Comuni, ai Titolari, direttori e gestori provvisori di farmacie rurali e ai gestori incaricati dei dispensari farmaceutici, la delibera del Direttore Generale ai fini della liquidazione della quota parte di spettanza dell'Ente Locale e della conseguente liquidazione, da parte dell'Azienda, dell'importo dovuto a carico del SSN.	Personale amministrativo della SOS Servizi amministrativi per la farmaceutica	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:	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:	APBSE003
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi
RESP:	Maria Antonietta Ciardetti
Struttura del RESP:	SOC Approvvigionamento prestazioni
Data di aggiornamento:	15/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clients
Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Il Direttore del Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio 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 la relativa copertura economica presunta.	Il processo si occupa della gestione delle procedure di gara per l'esternalizzazione di servizi socio assistenziali sanitari ed educativi sia residenziali che semiresidenziali. Si tratta di procedure aperte sotto e sopra soglia comunitaria.	Delibera di aggiudicazione Accordo quadro	Strutture afferenti al Dipartimento Ospedale Territorio competenti per la gestione dei servizi affidati. Imprese aggiudicatarie.

2 - ANALISI DEL PROCESSO																														
APBSE003 - Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali - 15/01/2024																														
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 richieste di attivazione e Programmazione	La SOC Approvvigionamento prestazioni, sulla base della ricognizione dei contratti in essere trasmessa dal Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio, predispone, ogni tre anni, la proposta di delibera di programmazione triennale delle procedure di affidamento, nella quale sono definite le priorità dovute alle scadenze contrattuali e i livelli di aggregazione dei fabbisogni in base alla tipologia dei servizi, degli utenti e all'ambito territoriale. Le procedure di affidamento vengono pertanto suddivise in lotti funzionali in modo da evitare artificiosi frazionamenti. Contestualmente, nella medesima proposta di delibera di programmazione è nominato il RUP per ogni procedura di gara, che coincide con il Direttore della SOC Approvvigionamento prestazioni. La programmazione triennale viene eventualmente aggiornata annualmente, sulla base delle eventuali nuove esigenze trasmesse dal Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio. La programmazione è pubblicata sul sito aziendale Amministrazione Trasparente e sull'applicativo regionale SITAT SA. Il RUP e l'Incarico di Funzione, sottoscrivono la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	Direttore SOC Approvvigionamento prestazioni Incarico di funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio che il RUP/ Incarico di Funzione condizionino le successive fasi del processo alterando la programmazione rispetto alle scadenze contrattuali	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico/ reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con riferimento alla programmazione approvata										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							
									Rilascio da parte dell'Incarico di Funzione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi con riferimento alla programmazione approvata																	X	Presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi di tutti gli incarichi di funzione relative alla programmazione annuale (SI/NO)	SI	RESP	31/12 di ogni anno
2	Nomina del collegio tecnico	La SOC Approvvigionamento prestazioni, 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 dichiarazioni di incompatibilità e assenza di conflitto di interessi.	Direttore SOC Approvvigionamento prestazioni Incarico di funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																									
3	Stesura del capitolato e definizione dei criteri di valutazione.	Il Collegio Tecnico provvede in vari incontri, con eventuale supporto del RUP, 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. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio che i membri del Collegio tecnico, attraverso la stesura del capitolato e la definizione dei criteri di valutazione, influenzino l'esito della gara	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte di tutti i membri del Collegio Tecnico di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi									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	Il RUP, coadiuvato dall'Incarico di Funzione, definisce la tipologia di gara (procedure aperte sopra e sotto soglia comunitaria). Come previsto dal Codice dei Contratti, il criterio di scelta del contraente valido per la gara dei servizi socio sanitari è sempre quello dell'Offerta Economicamente Più Vantaggiosa (OEPV). Viene acquisita anche l'attestazione di copertura economica della spesa dal Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio. Infine, si predispone la delibera di indizione, che, una volta approvata dal DG, viene pubblicata su Albo Pretorio, Amministrazione Trasparente e SITAT SA.	RUP Incarico di Funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio che il RUP/Incarico di Funzione, attraverso la definizione della tipologia di gara e dei criteri di aggiudicazione, influenzino l'esito della gara	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di gara										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai RUP / N° procedure di gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno							
									Rilascio da parte dell'Incarico di Funzione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di gara																	X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'Incarico di Funzione / N° procedure di gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno
5	Pubblicazione della gara	Il RUP, coadiuvato dall'Incarico di Funzione, acquisisce il CIG su ANAC/SIMOG e pubblica i bandi di gara su GUUE, GURI. Inoltre si provvede alla pubblicazione degli atti di gara su START. Le tempistiche per la presentazione delle offerte sono definite dal Codice degli Appalti	RUP Incarico di Funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.Lgs. 36/2023 Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																									
6	Seduta riservata apertura documentazione amministrativa	In apposita seduta riservata, il seggio di gara, presieduto dal RUP (presidente) e coadiuvato dall'Incarico di Funzione: - provvede all'apertura delle buste contenenti la documentazione amministrativa; - verifica la presenza delle autodichiarazioni sul possesso dei requisiti di partecipazione; - verifica la presenza delle dichiarazioni dell'operatore economico artt. 94/95/97/98 del D.Lgs. n. 36/2023, compresa la dichiarazione di assenza conflitto di interessi; - verifica la completezza di tutta la documentazione presentata rispetto alla richiesta degli atti di gara; - provvede all'eventuale soccorso istruttorio; - redige i verbali relativi alle operazioni svolte e li pubblica su START.	RUP Incarico di Funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl 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 in quanto la probabilità di accadimento è bassa perché le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi sono raccolte nella fase gara. L'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte di tutti gli operatori economici della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di gara										X	Rilascio da parte di tutti gli operatori economici della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di gara (SI/NO)	SI	RESP	31/12 di ogni anno							
									Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di gara																	X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai RUP / N° procedure di gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno
7	Ammissione concorrenti	Il RUP, coadiuvato dall'Incarico di Funzione, predispone l'atto di ammissione/esclusione dei concorrenti al quale sono allegati i relativi verbali e procede alla relativa pubblicazione su START, Amministrazione Trasparente e SITAT SA.	RUP Incarico di Funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio che il RUP/Incarico di funzione ammetta/escluda indebitamente un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico/ reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di gara										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai RUP / N° procedure di gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno							
									Rilascio da parte dell'Incarico di Funzione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di gara																	X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'Incarico di Funzione / N° procedure di gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno
8	Nomina commissione giudicatrice	Decorso il termine della presentazione delle offerte, la SOC Approvvigionamento prestazioni 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 dichiarazioni di incompatibilità e assenza di conflitto di interessi.	RUP Incarico di Funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.Lgs. 36/2023 e s.m.i. Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio potenziale che i membri della Commissione giudicatrice attribuiscono un indebito vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico/ reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte di tutti i membri della Commissione Giudicatrice di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi									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	In apposita seduta alla presenza della Commissione Giudicatrice si provvede a: - aprire la buste contenenti la documentazione tecnica; - verificare la completezza della documentazione presentata rispetto alla richiesta degli atti di gara; - consegnare la documentazione tecnica alla Commissione Giudicatrice; - redigere i verbali delle operazioni svolte e pubblicarli su START.	RUP Incarico di Funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.Lgs. 36/2023 Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																									
10	Esito lavori commissione giudicatrice	La Commissione Giudicatrice provvede, in varie proprie sedute riservate, alla stesura ed alla sottoscrizione dei verbali comprensivi delle valutazioni e dei punteggi attribuiti ai concorrenti.	Commissione Giudicatrice	D.Lgs. 36/2023 Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio che i membri della Commissione giudicatrice attribuiscono un indebito vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico/ reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte di tutti i membri della Commissione Giudicatrice della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi									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 Commissione di Gara ad ogni concorrente e ad inserirli su START. Successivamente: - procede tramite la piattaforma START all'apertura delle buste contenenti la documentazione economica delle Ditte che hanno conseguito il punteggio minimo previsto dagli atti di gara; - il sistema elabora ed attribuisce i punteggi automaticamente a ciascuna offerta e predispone la graduatoria sulla base dei punteggi tecnico economici conseguiti da ciascun operatore economico; - redige i verbali delle operazioni svolte.	RUP Incarico di Funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.Lgs. 36/2023 Linee Guida ANAC Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																									

2 – ANALISI DEL PROCESSO																						
APBSE003 - Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali - 15/01/2024																						
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	Il RUP, coadiuvato dall'incarico di Funzione, esegue le seguenti verifiche sul fornitore aggiudicatario: - controlli artt 94/95/97/98 D.lgs. 36/2023: requisiti generali e cause di esclusione; - controlli art. 99/100 D.lgs. 36/2023: requisiti speciali e mezzi di prova, idoneità professionale e capacità tecnico-professionale ed economico-finanziaria; - valutazione dell'eventuale anomalia dell'offerta economica.	RUP Incarico di Funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana	Esiste il rischio che il RUP/Incarico di funzione attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico alterando gli esiti dei controlli	Presenza di conflitto di interessi	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/ reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di gara Rilascio da parte dell'incarico di Funzione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di gara								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° procedure di gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
																		X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'incarico di Funzione / N° procedure di gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno
13	Delibera di aggiudicazione	Successivamente all'esito dei controlli, il RUP, coadiuvato dall'incarico di Funzione, predispone la delibera di aggiudicazione e provvede alla relativa pubblicazione su START, Albo Pretorio, Amministrazione trasparente e SITAT.	RUP Incarico di Funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																	
14	Gestione dell'Accesso agli atti sulle procedure di gara	Recepimento istanze, valutazione, Comunicazione ai contro-interessati per accesso atti e successivo invio atti richiesti.	RUP Incarico di Funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.lgs. 36/2023 Art.28 Delibera n. 982/2021 regolamento dell'attività contrattuale	Nessuno																	
15	Sottoscrizione Accordo Quadro (Contratto)	Decorsi i termini di legge dalla data delle comunicazioni di aggiudicazione si procede alla predisposizione e alla sottoscrizione dell'Accordo Quadro tra l'Azienda USL Toscana Centro e il fornitore aggiudicatario/i della gara. L'Accordo Quadro viene successivamente inviato alle strutture afferenti al Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio e viene utilizzato dalle SOS afferenti per la relativa stipula dei Contratti Attuativi della gestione dei servizi affidati.	RUP Incarico di Funzione "Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi residenziali e semiresidenziali"	D.lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usl Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																	

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

Nome del processo:	Gestione procedure d'acquisto di beni e servizi sotto €40.000
Area di rischio:	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
Processi connessi:	
Codice:	APBESE004
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi
RESP:	Giorgio Nencioni
Struttura del RESP:	SOC Approvvigionamento beni e servizi
Data di aggiornamento:	15/01/2024

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. 50 comma 1 lett.b) e dell'art. 76 c.7 del D.Lgs n. 36/2023	Corrispondenza secondo l'uso commerciale di affidamento beni/servizi, provvedimento di aggiudicazione, rendicontazione dell'attività di affidamento/aggiudicazione	Sruttore afferenti ai Dipartimenti dell' Azienda Usl Toscana Centro, Imprese affidatarie

2 - ANALISI DEL PROCESSO																								
APBESE004 - Gestione procedure d'acquisto di beni e servizi sotto €40.000 - 15/01/2024																								
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 acquisto	Il RUP, ovvero il Direttore della SOC Approvvigionamento beni e servizi, e l'incarico di Funzione ricevono, tramite la casella di posta dedicata, le richieste di acquisizione di beni e servizi da €5.000 a €40.000 sottoscritte dai Direttori di Struttura Complessa e autorizzate dal Direttore Amministrativo/Sanitario per competenza, compilate su apposito format contenente, tra le altre informazioni, le relative coperture economiche e la dichiarazione di assenza di disponibilità del bene/servizio in magazzino, oltre alla indisponibilità di gare ESTAR / CONSIP / MEPA.	RUP Incarico di Funzione Coordinamento colleghi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a €40.000	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																			
2	Istruttoria	Il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento/Incarico di funzione procede alla verifica delle informazioni contenute nelle richieste d'acquisto rispetto ai format predisposti dalla SOC Approvvigionamento beni e servizi, verificando che non ci siano artifici frazionamenti, attraverso il monitoraggio delle procedure espletate per la stessa tipologia di beni e servizi.	Il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione Coordinamento colleghi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a €40.000	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Rischio di frazionamento	Mancanza di idonei controlli	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa dato che esistono idonee modalità di controllo quali la verifica della presenza delle gare espletate dalle centrali di committenza regionali e nazionali. L'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del Responsabile del procedimento per la fase di affidamento della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento															
															X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Responsabile del procedimento per la fase di affidamento / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno					
															X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'incarico di Funzione/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno					
3	Avvio procedura d'acquisto	Il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione procede ad avviare, sulla piattaforma telematica START oppure inviando una PEC agli operatori economici, le procedure di affidamento con una delle seguenti modalità di scelta del contraente: - affidamento diretto - manifestazioni di interesse; - affidamento diretto - indagini di mercato sulla Piattaforma Start con richiesta preventivo; - procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando con criterio di aggiudicazione al minor prezzo (art. 50 comma 1 lett. b) e art. 76 c. 7 e art. 108 c. 3 del D.Lgs. 36/2023); - procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando con criterio di aggiudicazione OEPV - offerta economicamente più vantaggiosa (art. 50 comma 1 lett. b) art. 76 c. 7 e art. 108 c. 2 del D.Lgs. 36/2023); - procedure negoziate a trattativa diretta (privative - art.50 comma 1 lett. b) art. 76 c. 2 lett. b) del D.Lgs. 36/2023). Per gli affidamenti diretti di importo inferiore a € 5.000,00, le strutture richiedenti procedono in autonomia come descritto nella fase successiva.	Il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione Coordinamento colleghi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a €40.000	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																			
4	Affidamenti diretti sotto € 5.000	Le strutture in possesso di budget provvedono in autonomia agli affidamenti diretti sotto €5.000, previa acquisizione del DURC. Il ruolo di RUP è svolto direttamente dal Direttore della Struttura richiedente. La Struttura stessa procederà con l'acquisizione del CIG e ad effettuare l'ordine/ricevimento di acquisto sull'apposito applicativo aziendale di contabilità CITRIX. Successivamente, gli Incarichi di Funzione effettuano i controlli a campione sugli operatori economici affidatari, tramite la verifica delle annotazioni sul casellario ANAC, la regolarità fiscale con l'Agenzia delle Entrate, eventuale visura camerale oppure iscrizione ad altri registri, secondo quanto previsto dal Regolamento dell'attività contrattuale. L'Incarico di Funzione della SOC Approvvigionamento beni e servizi verifica anche la presenza delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dai RUP delle strutture richiedenti.	Incarico di Funzione Coordinamento colleghi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a €40.000 Incarico di Funzione Gestione procedure di gara servizi socio assistenziali sanitari ed educativi, residenziali e semiresidenziali	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio che il RUP/Incarico di Funzione riconosca un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	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 rilasciate nell'anno dall'incarico di Funzione/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno					
															X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'incarico di Funzione/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno					
5	Manifestazioni di interesse per importi da € 5.000 a € 40.000	Il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione procede alla pubblicazione su START di un Avviso di manifestazione di interesse, finalizzato all'individuazione di operatori economici interessati ad essere invitati, nel rispetto dei principi di risultato, di fiducia nell'azione legittima trasparente e corretta, di concorrenza, di imparzialità, di non discriminazione, di pubblicità e trasparenza, di proporzionalità per una successiva procedura di acquisto.	Responsabile procedimento della fase di affidamento/Incarico di Funzione Coordinamento colleghi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a €40.000	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																			
6	Indagini di mercato con richiesta preventivo	Il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione procede alla pubblicazione sull'applicativo START di una indagine di mercato con finalità meramente esplorativa, con la quale valuterà discrezionalmente ma motivatamente i preventivi di spesa acquisiti, sulla base di un'informale rapporto qualità/prezzo, individuabile dalle condizioni tecnico qualitative proposte. Trattandosi di mera indagine di mercato non vi è l'obbligo di affidamento della fornitura.	Responsabile procedimento della fase di affidamento/Incarico di Funzione Coordinamento colleghi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a €40.000	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio che il Responsabile del procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione riconosca un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del Responsabile del procedimento della fase di affidamento della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento						X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Responsabile della fase di affidamento / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno					
															X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'incarico di Funzione / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno					
															X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Responsabile della fase di affidamento / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno					
7	Procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando con criterio di aggiudicazione al minor prezzo (art. 50 comma 1 lett. b) e art. 76 c. 7 e art. 108 c. 3 del D.Lgs. 36/2023)	Il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento/Incarico di funzione procede alla pubblicazione sull'applicativo START di una procedura rivolta ad operatori economici selezionati nel settore di interesse, con invito a presentare offerta. Dopo la presentazione delle offerte: - procede all'apertura delle buste presentate ed alla verifica della correttezza della documentazione amministrativa; - procede all'apertura delle offerte economiche; - acquisisce dalla Struttura richiedente il parere di idoneità/conformità tecnica sull'offerta presentata al minor prezzo e la relativa dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da parte del soggetto che rilascia il suddetto parere; - procede all'affidamento della fornitura all'offerente che ha presentato l'offerta al minor prezzo, previa acquisizione della dichiarazione dell'operatore economico affidatario, ai sensi degli artt. 94-95-97-98 del D.Lgs. 36/2023 nonché la verifica delle annotazioni sul casellario ANAC, la regolarità fiscale con l'Agenzia delle Entrate, eventuale visura camerale oppure iscrizione ad altri registri e acquisizione DURC. Il Responsabile del procedimento per la fase di affidamento e l'Incarico di Funzione rilasciano le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi. La rotazione degli affidamenti è assicurata in quanto la procedura sull'applicativo START è in modalità "visibilità pubblica" e consente la partecipazione a tutti gli operatori economici interessati.	Responsabile procedimento della fase di affidamento/Incarico di Funzione Coordinamento colleghi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a € 40.000	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio che il Responsabile del procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione riconosca un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	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 rilasciate nell'anno dal soggetto che rilascia il parere di idoneità tecnica / N° di pareri resi	100%	RESP	31/12 di ogni anno					
															X	Rilascio da parte di tutti gli operatori economici della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento	SI	RESP	31/12 di ogni anno					
8	Procedure negoziate senza previa pubblicazione di bando con criterio di aggiudicazione dell'Offerta economicamente più vantaggiosa -OEPV (art. 50 comma 1 lett. b) art. 76 c. 7 e art. 108 c. 2 del D.Lgs. 36/2023)	Il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento/Incarico di funzione procede alla pubblicazione sull'applicativo START di una procedura rivolta ad operatori economici selezionati nel settore di interesse, con invito a presentare offerta. Dopo la presentazione delle offerte, procede: - all'apertura delle buste presentate e alla verifica della correttezza della documentazione amministrativa; - all'apertura delle offerte tecniche degli operatori economici ammessi e alla trasmissione delle medesime all'OTV (Organo Tecnico di Valutazione) indicato nella richiesta. L'OTV è sempre presente nelle Procedure negoziate con il criterio dell'Offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV); - all'acquisizione del verbale di valutazione tecnica e delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi dell'OTV; - all'inserimento del punteggio tecnico sull'applicativo START e all'apertura delle offerte economiche; - alla presa d'atto della classifica elaborata direttamente dall'applicativo START, sulla base dei punteggi tecnico - economici conseguiti dagli operatori economici; - all'affidamento della fornitura, previa acquisizione delle dichiarazioni dell'operatore economico affidatario, ai sensi degli artt. 94-95-97-98 del D.Lgs. 36/2023, nonché la verifica delle annotazioni sul casellario ANAC, la regolarità fiscale con l'Agenzia delle Entrate, eventuale visura camerale oppure iscrizione ad altri registri e acquisizione DURC. Il Responsabile del procedimento per la fase di affidamento e l'incarico di Funzione rilasciano le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi. La rotazione degli affidamenti è assicurata in quanto la procedura sull'applicativo START è in modalità "visibilità pubblica" e consente la partecipazione a tutti gli operatori economici interessati.	Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione Coordinamento colleghi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a €40.000 Organo Tecnico di Valutazione	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio che il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione/ membri del OTV riconoscano un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del Responsabile del procedimento della fase di affidamento della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento						X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Responsabile della fase di affidamento / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno					
															X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai membri del OTV / N° complessivo di nomine di membri di OTV nell'anno	100%	RESP	31/12 di ogni anno					
															X	Rilascio da parte di tutti gli operatori economici della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento	SI	RESP	31/12 di ogni anno					
9	Procedure negoziate a trattativa diretta (privative - art.50 comma 1 lett. b) art. 76 c. 2 lett. b) del D.Lgs. 36/2023)	Il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione: - sulla base delle indicazioni di esclusività della fornitura riportate nello specifico modulo di richiesta compilato dalla Struttura richiedente l'acquisto, procede all'acquisizione del preventivo da parte dell'operatore economico individuato, tramite l'applicativo START o tramite invio PEC; - acquisisce dalla struttura richiedente il parere di idoneità/conformità tecnica del preventivo presentato, previo rilascio della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da parte del soggetto che rilascia il suddetto parere; - procede all'affidamento della fornitura, previa acquisizione della dichiarazione dell'operatore economico affidatario, ai sensi degli artt. 94-95-97-98 del D.Lgs. 36/2023, nonché la verifica delle annotazioni sul casellario ANAC, la regolarità fiscale con l'Agenzia delle Entrate, eventuale visura camerale oppure iscrizione ad altri registri e acquisizione DURC. Il Responsabile del procedimento per la fase di affidamento e l'Incarico di Funzione rilasciano le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi. La presente procedura non prevede l'obbligo di rotazione in quanto i prodotti/servizi presentano delle caratteristiche tecniche esclusive, dichiarate nella specifica richiesta sopracitata.	Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione Coordinamento colleghi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a €40.000 Soggetto che rilascia parere di idoneità/conformità tecnica del preventivo della struttura richiedente	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio che il Responsabile del procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione/ il soggetto che rilascia il parere di idoneità/conformità tecnica riconosca un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte dell'Incarico di Funzione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento						X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'incarico di Funzione / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno					
															X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal soggetto che rilascia il parere di idoneità tecnica / N° di pareri resi	100%	RESP	31/12 di ogni anno					
															X	Rilascio da parte di tutti gli operatori economici della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento	SI	RESP	31/12 di ogni anno					

2 – ANALISI DEL PROCESSO																							
APBESE004 - Gestione procedure d'acquisto di beni e servizi sotto €40.000 - 15/01/2024																							
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	Effettuazione dei Controlli sull'Affidatario/Aggiudicatario	Il RUP (Direttore della SOC Approvvigionamento beni e servizi), avvalendosi della collaborazione del Responsabile del procedimento per la fase di affidamento, effettua le seguenti verifiche sull'operatore economico affidatario/aggiudicatario: - Acquisizione del DURC; - Acquisizione annotazioni riservate ANAC; - Agenzia delle Entrate + visura camerale; - controlli a campione sui requisiti generali e cause di esclusione ai sensi degli artt. 94-95-97-38 del D.lgs 36/2023.	RUP (Direttore della SOC Approvvigionamento beni e servizi) Responsabile del procedimento per la fase di affidamento	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio che il RUP (Direttore della SOC Approvvigionamento beni e servizi)/ Responsabile del procedimento per la fase di affidamento riconosca un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del RUP (Direttore della SOC Approvvigionamento beni e servizi) della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento Rilascio da parte del Responsabile del procedimento per la fase di affidamento della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP (Direttore della SOC Approvvigionamento beni e servizi) / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
																		X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Responsabile del procedimento per la fase di affidamento / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
11	Predisposizione di apposita Relazione contenente tutti gli elementi essenziali dell'affidamento/aggiudicazione e	Per ogni procedura di acquisto sotto la soglia di € 40.000, in assenza di determina a contrarre, come previsto dall'art. 15 All 1.2 del D. Lgs n. 36/2023, il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento predispone una Relazione contenente le motivazioni, l'oggetto dell'affidamento, l'importo, i criteri di scelta dell'operatore economico affidatario/aggiudicatario e il relativo possesso dei requisiti di carattere generale da parte dello stesso. Il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento, nelle indagini di mercato con richiesta di preventivo, dà atto della congruità del prezzo in quanto non vincolato da criteri prestabiliti, alla luce del miglior rapporto qualità/prezzo. La suddetta Relazione viene conservata agli atti dall'Ufficio del Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento.	Responsabile del procedimento per la fase di affidamento	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro – Delibera n. 982/2021	Esiste il rischio che il Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento riconosca un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi Mancanza di idonei controlli	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del Responsabile del procedimento per la fase di affidamento della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Responsabile del procedimento per la fase di affidamento / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
12	Affidamento/Aggiudicazione Sulla base delle procedure sopra descritte	L'affidamento da € 5.000 al € 39.999 viene formalizzato mediante corrispondenza, secondo l'uso commerciale, consistente in un apposito scambio di lettere, anche tramite PEC. Per gli affidamenti/aggiudicazioni da € 20.000 ad € 39.999 il Responsabile del procedimento per la fase di affidamento/Incarico di Funzione, oltre alla lettera di cui sopra, predispone anche il provvedimento di affidamento/aggiudicazione per ogni singolo affidamento che viene successivamente pubblicato sul sito in Amministrazione Trasparente. La Lettera, controfirmata dall'aggiudicatario e il provvedimento, se presente, vengono inviati alla Struttura richiedente, in modo che la stessa possa acquisire il CIG e procedere con l'emissione degli ordini/ricevimenti sull'apposito applicativo aziendale di contabilità denominato CITRIX.	Responsabile del procedimento per la fase di affidamento Incarico di Funzione Coordinamento collegi tecnici gare e procedure inferiori a €40.000	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																		
13	Gestione dell'Accesso agli atti sulle procedure di acquisto	Recepimento istanze, valutazione delle stesse, comunicazione ai controinteressati per accesso atti.	RUP SOC Approvvigionamento beni e servizi Incarico di Funzione Coordinamento collegi tecnici gare e procedure inferiori a €40.000	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																		
14	Attività di rendicontazione dell'attività di affidamenti di beni e servizi nei diversi settori merceologici per importi inferiori ad €40.000	L'attività relativa agli affidamenti di importo inferiore ad €40.000 viene rendicontata ed approvata con apposito provvedimento, proposto dal Responsabile del Procedimento per la fase di affidamento e adottato (con cadenza trimestrale) dal RUP quale direttore della SOC Approvvigionamento beni e servizi e debitamente pubblicata sul sito in Amministrazione Trasparente.	RUP SOC Approvvigionamento beni e servizi Responsabile del procedimento per la fase di affidamento	DGRT 1274/2018 D.Lgs. 36/2023 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 e noleggi apparecchi elettromedicali
Area di rischio:	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
Processi connessi:	APBESE004
Codice:	APBESE005
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi
RESP:	Giorgio Nencioni
Struttura del RESP:	SOC Approvvigionamento beni e servizi
Data di aggiornamento:	24/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
HTA	Richiesta di acquisto/noleggio Nota di richiesta di fornitura/noleggio, completa di configurazione tecnica, in adesione a Convenzione/Accordo Quadro CONSIP Nulla osta con l'indicazione dell'affidatario Documento di collaudo	Il processo si occupa della gestione della fornitura/noleggio di apparecchi elettromedicali, da acquisire mediante affidamenti in adesione a gare ESTAR/CONSIP, ovvero in economia	Carico del cespite su CITRIX Verbale di presa in carico Avvenuto ricevimento Tracciamento del CIG	SOC Fornitori SOC Patrimonio SITAT

2 – ANALISI DEL PROCESSO																						
APBES005 - Gestione forniture e noleggi apparecchi elettromedicali - 24/01/2024																						
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 di acquisto/noleggio	Il personale amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi (ABS) riceve dalla Health Technology Assessment (HTA), via mail, la richiesta di acquisto/noleggio della struttura richiedente con il parere sull'appropriatezza dell'acquisto.	Personale amministrativo SOC Approvvigionamento Beni e Servizi	Piano degli investimenti aziendale approvato con apposita delibera del DG. Regolamento dell'attività contrattuale Azienda USL Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																	
2	Valutazione della copertura economica	L'incarico di Funzione, valuta la copertura economica, assume una sub autorizzazione di spesa e la comunica alla Health Technology Assessment (HTA).	Incarico di Funzione Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali	Piano degli investimenti aziendale approvato con delibera del DG 982/2021 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda USL Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																	
3	Ricevimento nota di richiesta fornitura/ attivazione procedura in economia	Per gli acquisti/noleggi in adesione a Convenzione/Accordo Quadro CONSIP: Per l'attuazione della misura del PNRR "Missione 6 Salute C2 – 1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature Sanitarie) dell'Azienda USL Toscana Centro", la Health Technology Assessment (HTA) trasmette all'Incarico di Funzione "Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali", la nota di richiesta di fornitura/noleggio, completa di configurazione tecnica, per procedere con l'adozione della delibera di adesione alla Convenzione/Accordo Quadro CONSIP. Per l'acquisto/noleggio di attrezzature con Accordo Quadro/Convenzione ESTAR: Health Technology Assessment (HTA) trasmette in copia all'Incarico di Funzione "Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali" la richiesta di fornitura/noleggio indirizzata ad ESTAR per il successivo inserimento della Richiesta di Acquisto (RDA) sul portale dedicato di ESTAR, quale adesione all'Accordo Quadro di ESTAR. Per l'acquisto dei microinfusori la richiesta viene effettuata direttamente dai medici diabetologi. La RDA, in caso di fornitura di microinfusori viene inserita nel portale dall'Incarico di Funzione di cui sopra, mentre, in caso di acquisto/noleggio di apparecchiature elettromedicali, l'inserimento è effettuato dal personale delle tecnologie sanitarie di ESTAR. Per gli acquisti/noleggi in economia di importo compreso tra €5.000 e €40.000: La Health Technology Assessment (HTA) trasmette all'Incarico di Funzione "Coordinamento collegi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a € 40.000" la nota di attivazione per la richiesta di procedura in economia che viene inviata anche all'Incarico di Funzione "Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali". L'affidamento viene poi effettuato come descritto nel processo APBES004 "Gestione procedure d'acquisto di beni e servizi sotto €40.000" Per gli acquisti/noleggi in economia di importo inferiore a €5.000: La Health Technology Assessment (HTA) invia all'Incarico Funzionale "Gestione forniture apparecchi elettromedicali", la nota di attivazione per la richiesta di procedura in economia sotto €5.000, contenente le specifiche tecniche, al fine di procedere alla richiesta di preventivi alle Ditte già individuate da HTA stessa. In presenza di acquisto/noleggio in esclusiva, HTA invia subito il preventivo e la dichiarazione di esclusività firmata dal Responsabile Tecnologie Sanitarie ESTAR. Eventuali successive richieste in adesione ad un precedente affidamento vengono prese in carico solo fino al raggiungimento massimo di € 5.000, al fine di evitare il rischio di frazionamento.	Incarico di Funzione Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali	Delibera D.G. 502 del 28-04-2022 di esecuzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Piano degli investimenti aziendale approvato con delibera del DG 982/2021 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda USL Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 D.Lgs. 36/2023	Nessuno																	
4	Ricevimento nulla osta di CONSIP/ESTAR e delibera di aggiudicazione/nota di aggiudicazione	Per gli acquisti/noleggi in adesione a Convenzione/Accordo Quadro CONSIP: L'incarico di Funzione procede ad effettuare sulla piattaforma acquisti CONSIP l'Ordine di Acquisto (ODA), sulla base della specifica nota di richiesta di fornitura, completa di configurazione tecnica, fornita dall'HTA. Inoltre, acquisisce il CIG derivato e propone al RUP la delibera di adesione alla Convenzione/Accordo Quadro CONSIP con la specifica dell'affidatario, per la relativa adozione. L'incarico di Funzione trasmette al fornitore aggiudicatario la suddetta delibera. Per l'acquisto/noleggio di attrezzature con Accordo Quadro/Convenzione ESTAR: L'incarico di Funzione riceve da ESTAR il nulla osta con l'indicazione dell'operatore economico affidatario e procede con l'acquisizione del CIG derivato e inserisce l'Ordine nell'applicativo di contabilità denominato CITRIX. Una copia dell'Ordine e del relativo CIG viene inviata al fornitore aggiudicatario. Per gli acquisti/noleggi in economia di importo inferiore a €5.000: Nel caso siano presenti più fornitori, l'incarico di Funzione provvede a richiedere i preventivi che vengono inviati ad HTA per una valutazione di idoneità e per l'indicazione dell'aggiudicatario, sulla base dei criteri stabiliti da HTA. Successivamente il RUP (coincidente con il Direttore della struttura richiedente) acquisisce il CIG e invia la nota di affidamento al fornitore individuato per accettazione e per l'acquisizione della documentazione precontrattuale, incluse le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi.	Incarico Funzionale Gestione forniture di apparecchi elettromedicali RUP	Delibera D.G. 502 del 28-04-2022 di esecuzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Piano degli investimenti aziendale approvato con delibera del DG n. 982/2021 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda USL Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che il RUP/Incarico di Funzione attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/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 rilasciate nell'anno dal RUP / N° procedure di affidamento	100%	RESP		31/12 di ogni anno	
4	Ricevimento nulla osta di CONSIP/ESTAR e delibera di aggiudicazione/nota di aggiudicazione	Per gli acquisti/noleggi in adesione a Convenzione/Accordo Quadro CONSIP: L'incarico di Funzione procede ad effettuare sulla piattaforma acquisti CONSIP l'Ordine di Acquisto (ODA), sulla base della specifica nota di richiesta di fornitura, completa di configurazione tecnica, fornita dall'HTA. Inoltre, acquisisce il CIG derivato e propone al RUP la delibera di adesione alla Convenzione/Accordo Quadro CONSIP con la specifica dell'affidatario, per la relativa adozione. L'incarico di Funzione trasmette al fornitore aggiudicatario la suddetta delibera. Per l'acquisto/noleggio di attrezzature con Accordo Quadro/Convenzione ESTAR: L'incarico di Funzione riceve da ESTAR il nulla osta con l'indicazione dell'operatore economico affidatario e procede con l'acquisizione del CIG derivato e inserisce l'Ordine nell'applicativo di contabilità denominato CITRIX. Una copia dell'Ordine e del relativo CIG viene inviata al fornitore aggiudicatario. Per gli acquisti/noleggi in economia di importo inferiore a €5.000: Nel caso siano presenti più fornitori, l'incarico di Funzione provvede a richiedere i preventivi che vengono inviati ad HTA per una valutazione di idoneità e per l'indicazione dell'aggiudicatario, sulla base dei criteri stabiliti da HTA. Successivamente il RUP (coincidente con il Direttore della struttura richiedente) acquisisce il CIG e invia la nota di affidamento al fornitore individuato per accettazione e per l'acquisizione della documentazione precontrattuale, incluse le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi.	Incarico Funzionale Gestione forniture di apparecchi elettromedicali RUP	Delibera D.G. 502 del 28-04-2022 di esecuzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Piano degli investimenti aziendale approvato con delibera del DG n. 982/2021 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda USL Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionate dalla presenza di conflitto di interessi dell'operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte dell'Incarico di Funzione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento							X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'Incarico di Funzione / N° procedure di affidamento	100%	RESP		31/12 di ogni anno	
4	Ricevimento nulla osta di CONSIP/ESTAR e delibera di aggiudicazione/nota di aggiudicazione	Per gli acquisti/noleggi in adesione a Convenzione/Accordo Quadro CONSIP: L'incarico di Funzione procede ad effettuare sulla piattaforma acquisti CONSIP l'Ordine di Acquisto (ODA), sulla base della specifica nota di richiesta di fornitura, completa di configurazione tecnica, fornita dall'HTA. Inoltre, acquisisce il CIG derivato e propone al RUP la delibera di adesione alla Convenzione/Accordo Quadro CONSIP con la specifica dell'affidatario, per la relativa adozione. L'incarico di Funzione trasmette al fornitore aggiudicatario la suddetta delibera. Per l'acquisto/noleggio di attrezzature con Accordo Quadro/Convenzione ESTAR: L'incarico di Funzione riceve da ESTAR il nulla osta con l'indicazione dell'operatore economico affidatario e procede con l'acquisizione del CIG derivato e inserisce l'Ordine nell'applicativo di contabilità denominato CITRIX. Una copia dell'Ordine e del relativo CIG viene inviata al fornitore aggiudicatario. Per gli acquisti/noleggi in economia di importo inferiore a €5.000: Nel caso siano presenti più fornitori, l'incarico di Funzione provvede a richiedere i preventivi che vengono inviati ad HTA per una valutazione di idoneità e per l'indicazione dell'aggiudicatario, sulla base dei criteri stabiliti da HTA. Successivamente il RUP (coincidente con il Direttore della struttura richiedente) acquisisce il CIG e invia la nota di affidamento al fornitore individuato per accettazione e per l'acquisizione della documentazione precontrattuale, incluse le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi.	Incarico Funzionale Gestione forniture di apparecchi elettromedicali RUP	Delibera D.G. 502 del 28-04-2022 di esecuzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Piano degli investimenti aziendale approvato con delibera del DG n. 982/2021 Regolamento dell'attività contrattuale Azienda USL Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionate dalla presenza di conflitto di interessi dell'operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte di tutti gli operatori economici della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento inferiore a €5000							X	Rilascio da parte di tutti gli operatori economici della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento inferiore a €5000 (SI/NO)	SI	RESP		31/12 di ogni anno	
5	Individuazione RES, DEC e ADEC e trasmissione alla Direzione Aziendale della nota per la relativa nomina	Per gli acquisti/noleggi in adesione a Convenzione/Accordo Quadro CONSIP: Il RES è individuato nella Delibera D.G. 502/2022 di esecuzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ovvero è il Direttore della SOC Approvvigionamenti beni e servizi. Il RES predispone la nota di nomina e la invia alla Direzione Aziendale per la sottoscrizione. Per l'acquisto/noleggio di attrezzature con Accordo Quadro/Convenzione ESTAR: Il RES è individuato all'interno del Piano investimenti aziendale e coincide con l'Incarico di Funzione "Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali". Per i beni ad alta tecnologia viene richiesta la nomina del DEC al Direttore delle Tecnologie Sanitarie di ESTAR. Il DEC a sua volta individua gli eventuali Assistenti (ADEC) e li comunica al RES. Per i beni di bassa tecnologia viene richiesta l'individuazione del DEC alla struttura richiedente l'acquisto/noleggio, la quale successivamente individua e comunica al RES il nominativo tra i professionisti sanitari interni all'Azienda. Il RES predispone la nota di nomina e la invia alla Direzione Aziendale per la sottoscrizione.	RES (Responsabile del Procedimento per l'esecuzione) DEC ADEC	Delibera D.G. 502 del 28-04-2022 di esecuzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Art. 3 legge n. 136/2010 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che il RES/DEC/ADEC attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RES/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP		31/12 di ogni anno
5	Individuazione RES, DEC e ADEC e trasmissione alla Direzione Aziendale della nota per la relativa nomina	Per gli acquisti/noleggi in adesione a Convenzione/Accordo Quadro CONSIP: Il RES è individuato nella Delibera D.G. 502/2022 di esecuzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ovvero è il Direttore della SOC Approvvigionamenti beni e servizi. Il RES predispone la nota di nomina e la invia alla Direzione Aziendale per la sottoscrizione. Per l'acquisto/noleggio di attrezzature con Accordo Quadro/Convenzione ESTAR: Il RES è individuato all'interno del Piano investimenti aziendale e coincide con l'Incarico di Funzione "Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali". Per i beni ad alta tecnologia viene richiesta la nomina del DEC al Direttore delle Tecnologie Sanitarie di ESTAR. Il DEC a sua volta individua gli eventuali Assistenti (ADEC) e li comunica al RES. Per i beni di bassa tecnologia viene richiesta l'individuazione del DEC alla struttura richiedente l'acquisto/noleggio, la quale successivamente individua e comunica al RES il nominativo tra i professionisti sanitari interni all'Azienda. Il RES predispone la nota di nomina e la invia alla Direzione Aziendale per la sottoscrizione.	RES (Responsabile del Procedimento per l'esecuzione) DEC ADEC	Delibera D.G. 502 del 28-04-2022 di esecuzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Art. 3 legge n. 136/2010 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che il RES/DEC/ADEC attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal DEC/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP		31/12 di ogni anno
5	Individuazione RES, DEC e ADEC e trasmissione alla Direzione Aziendale della nota per la relativa nomina	Per gli acquisti/noleggi in adesione a Convenzione/Accordo Quadro CONSIP: Il RES è individuato nella Delibera D.G. 502/2022 di esecuzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ovvero è il Direttore della SOC Approvvigionamenti beni e servizi. Il RES predispone la nota di nomina e la invia alla Direzione Aziendale per la sottoscrizione. Per l'acquisto/noleggio di attrezzature con Accordo Quadro/Convenzione ESTAR: Il RES è individuato all'interno del Piano investimenti aziendale e coincide con l'Incarico di Funzione "Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali". Per i beni ad alta tecnologia viene richiesta la nomina del DEC al Direttore delle Tecnologie Sanitarie di ESTAR. Il DEC a sua volta individua gli eventuali Assistenti (ADEC) e li comunica al RES. Per i beni di bassa tecnologia viene richiesta l'individuazione del DEC alla struttura richiedente l'acquisto/noleggio, la quale successivamente individua e comunica al RES il nominativo tra i professionisti sanitari interni all'Azienda. Il RES predispone la nota di nomina e la invia alla Direzione Aziendale per la sottoscrizione.	RES (Responsabile del Procedimento per l'esecuzione) DEC ADEC	Delibera D.G. 502 del 28-04-2022 di esecuzione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Art. 3 legge n. 136/2010 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che il RES/DEC/ADEC attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte dell'ADEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'ADEC / N° di procedure di affidamento	100%	RESP		31/12 di ogni anno
6	Elaborazione DUVRI aziendale	Il RES e il DEC valutano, con la collaborazione del SEPP aziendale, se è necessaria l'elaborazione di un Documento Unico di Valutazione dei Rischi di Interferenza (DUVRI) secondo il seguente percorso: 1 - invio al fornitore di richiesta informazioni sui rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro tramite apposito format; 2 - invio al SEPP delle informazioni ricevute; 3 - svolgimento riunione di coordinamento in modalità di videoconferenza; 4 - elaborazione DUVRI e successivo invio per acquisizione firme digitali.	RES (Responsabile del Procedimento per l'esecuzione) DEC	Art. 26 del D. Lgs. 81/2008 Delibera DG n. 1117 del 26/07/2018	Nessuno																	
7	Emissione Ordine di acquisto su CITRIX	Il personale amministrativo provvede all'emissione dell'Ordine di acquisto per ciascun fornitore sull'applicativo di contabilità aziendale CITRIX. Contestualmente, l'ordine viene inviato via mail a tutti i soggetti interessati (DEC, referenti di reparto, personale collaudi) per consentire il successivo monitoraggio, consegna e collaudo.	Personale amministrativo della SOC Approvvigionamento Beni e Servizi	Legge 205/2017 (art. 1, c. 412/413/414) D.M. Ministero Economia e Finanze 7 dicembre 2018, modificato e integrato dal D.M. 27 dicembre 2019	Nessuno																	
8	Stipula contratto attuativo per acquisti e noleggi (ad eccezione di noleggi CONSIP)	Il RES inoltra la bozza del contratto attuativo alla Ditta interessata unitamente a tutta la documentazione utile (nomina responsabile privacy, tracciabilità etc.) per la condivisione e la conseguente sottoscrizione. NOTA: per le convenzioni CONSIP non è prevista la stipula del contratto attuativo.	RES (Responsabile del Procedimento per l'esecuzione)	D.Lgs. 36/2023 Capitolato di gara	Nessuno																	
9	Monitoraggio degli acquisti (solo per PNRR)	Entro il giorno 10 di ogni mese, si provvede all'aggiornamento della piattaforma ReGIS (SI.GE.CO.), relativa alla rendicontazione degli acquisti PNRR.	Personale amministrativo della SOC Approvvigionamento Beni e Servizi	D.Lgs. 229/2011 Circolare Ragioneria Generale dello Statod n. 27 del 21 giugno 2022 sul PNRR	Nessuno																	
10	Monitoraggio della consegna	L'incarico di Funzione "Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali" coadiuva il DEC o gli altri soggetti interessati, in caso di necessità, per l'attività di verifica della consegna dei beni, nel rispetto delle tempistiche previste dal capitolato o da altro documento di gara.	Incarico di Funzione Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali DEC	D.Lgs. 36/2023 Capitolato di gara	Esiste il rischio che l'Incarico di Funzione/DEC attribuisca un indebito vantaggio/svantaggio ad un operatore economico alterando gli esiti del monitoraggio	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte dell'Incarico di Funzione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'Incarico di Funzione / N° procedure di affidamento	100%	RESP		31/12 di ogni anno
10	Monitoraggio della consegna	L'incarico di Funzione "Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali" coadiuva il DEC o gli altri soggetti interessati, in caso di necessità, per l'attività di verifica della consegna dei beni, nel rispetto delle tempistiche previste dal capitolato o da altro documento di gara.	Incarico di Funzione Gestione fornitura apparecchiature elettromedicali DEC	D.Lgs. 36/2023 Capitolato di gara	Esiste il rischio che l'Incarico di Funzione/DEC attribuisca un indebito vantaggio/svantaggio ad un operatore economico alterando gli esiti del monitoraggio	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal DEC/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP		31/12 di ogni anno

2 – ANALISI DEL PROCESSO																						
APBESE005 - Gestione forniture e noleggi apparecchi elettromedicali - 24/01/2024																						
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					
11	Recepimento del collaudo	L'incarico di Funzione "Gestione forniture apparecchiature elettromedicali" riceve il documento di collaudo dal personale ESTAR incaricato. In caso di segnalazione del DEC di eventuali difformità, si provvede alla formale contestazione alla ditta.	Incarico di Funzione Gestione forniture apparecchiature elettromedicali DEC	D.Lgs. 36/2023 Atti di gara	Esiste il rischio che gli esiti del collaudo vengano alterati al fine di attribuire un vantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte dell'incarico di Funzione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'incarico di Funzione / N° procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno
									Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal DEC/ 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 per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai collaudatori / 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 RES/DEC, si provvede all'applicazione di eventuali penali, formalizzando la nota tramite PEC (affidando al fornitore un termine per eventuali controdeduzioni).	Incarico di Funzione Gestione forniture apparecchiature elettromedicali RES DEC	D.Lgs. 36/2023 Atti di gara	Esiste il rischio che IF/RES/DEC attribuiscono un vantaggio ad un operatore economico omettendo di applicare eventuali penali	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte dell'incarico di Funzione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'incarico di Funzione / N° procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno
									Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal 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 per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal DEC/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
13	Acquisizione del DURC	L'incarico di Funzione, in collaborazione con il personale amministrativo, procede all'acquisizione del DURC, su apposito applicativo INPS, prima di procedere al Ricevimento di acquisto sull'applicativo di contabilità aziendale CITRIX.	Incarico di Funzione Gestione forniture apparecchiature elettromedicali Personale amministrativo	Legge 266/2002 Legge 2/2009 D.M.24/10/2007 D.Lgs. 36/2023	Nessuno																	
14	Predisposizione attestato regolare esecuzione/attestato di conformità	Il DEC redige ed invia all'incarico di Funzione: - l'attestato di regolare esecuzione o il certificato di conformità, per i beni soggetti a collaudo; - l'attestato di conformità, per i beni non soggetti a collaudo.	DEC	D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che il DEC attesti la regolare esecuzione anche in assenza dei necessari requisiti	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal DEC/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
15	Autorizzazione alla liquidazione e tracciabilità CIG sulla piattaforma SITAT SA	L'incarico di Funzione, in collaborazione con il personale amministrativo, verifica la presenza di tutta la documentazione amministrativa necessaria (fattura, collaudo, attestato regolare esecuzione/attestato di conformità, DURC) e procede, previo carico del cespite, all'inserimento del Ricevimento di acquisto/noleggio del bene sull'applicativo aziendale di contabilità CITRIX. Successivamente procede: - all'invio alla SOC Patrimonio del verbale di presa in carico; - all'invio alla SOC Fornitori dell'avvenuto ricevimento per la conseguente emissione del relativo mandato di pagamento sull'applicativo di contabilità aziendale CITRIX; - al tracciamento del CIG. In caso di fatture errate invia, tramite PEC, al fornitore una nota motivata di richiesta emissione nota di credito (parziale o totale) oltre eventuale nuova fattura.	Incarico di Funzione Gestione forniture apparecchiature elettromedicali Personale amministrativo	Delibera D.G 494/2021 Piano Attuativo di Certificabilità – PAC	Nessuno																	

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

Nome del processo:	Forniture arredi, attrezzature generico sanitarie e apparecchiature non elettromedicali
Area di rischio:	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
Processi connessi:	APBSE004
Codice:	APBSE007
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento Approvvigionamento beni e servizi
RESP:	Giorgio Nencioni
Struttura del RESP:	SOC Approvvigionamento beni e servizi
Data di aggiornamento:	15/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Strutture richiedenti HTA ESTAR	Richiesta di acquisto Parere sull'appropriatezza di soli beni sanitari Nulla osta all'atto di adesione Documento di collaudo Attestato di conformità del bene	Il processo si occupa della gestione della fornitura di arredi, attrezzature generico sanitarie e apparecchiature non elettromedicali	Verbale di presa in carico Autorizzazione alla liquidazione e tracciabilità CIG	SOC Fornitori SOC Patrimonio

2 – ANALISI DEL PROCESSO																						
APBSE007 - Forniture arredi, attrezzature generico sanitarie e apparecchiature non elettromedicali - 15/01/2024																						
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 di acquisto e istruttoria	Il personale amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi riceve via mail la richiesta di acquisto da parte della struttura richiedente e ne effettua l'istruttoria. In caso di acquisto di attrezzature generico sanitarie (AGS), la richiesta arriva direttamente dalla Health Technology Assessment aziendale (HTA) con il parere sull'appropriatezza dell'acquisto.	Personale amministrativo SOC Approvvigionamento Beni e Servizi	Piano degli investimenti aziendale approvato con delibera del DG, progetti finanziati o altre risorse (Bilancio di Previsione, FAP etc.) Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																	
2	Valutazione della copertura economica	Gli Incarichi di Funzione valutano la copertura economica.	Incarico di Funzione Gestione Forniture Beni di Consumo e Investimenti Incarico di Funzione Gestione Servizi in Concessione	Piano degli investimenti aziendale approvato con delibera del DG, progetti finanziati o altre risorse (Bilancio di Previsione, FAP etc.) Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021	Nessuno																	
3	Acquisizione autorizzazione spesa Direzione Aziendale	Gli Incarichi di Funzione: - se il valore della richiesta è superiore a €1.000, richiedono l'autorizzazione di spesa al Direttore Sanitario (DS) o al Direttore Amministrativo (DA); - se il valore della richiesta è superiore a €40.000, richiedono l'autorizzazione di spesa al Direttore Generale (DG).	Incarico di Funzione Gestione Forniture Beni di Consumo e Investimenti Incarico di Funzione Gestione Servizi in Concessione	Piano degli investimenti aziendale approvato con delibera del DG, progetti finanziati o altre risorse (Bilancio di Previsione, FAP etc.) Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 Delibera DG 644/2019 889/2020 modifica sist az deleghe	Nessuno																	
4	Predisposizione nota di richiesta fornitura/attivazione procedura	Per l'acquisto di attrezzature con Accordo Quadro/Convenzione ESTAR: Si predispongono le note di richiesta adesione/manifestazione di interesse su gara Estar. Il personale amministrativo inserisce la Richiesta di Acquisto (RDA) sul portale ESTAR- Applicativo RDA 2, oppure la manifestazione di interesse sul portale ESTAR Negozio Elettronico - Applicativo START. Il procedimento si conclude con il ricevimento del nulla osta (nel caso di RDA) oppure con l'approvazione dell'atto di adesione (nel caso di manifestazione di interesse), che viene trasmesso da ESTAR con l'indicazione del fornitore affidatario. Per gli acquisti in economia di importo compreso tra € 5.000 e € 40.000: Gli Incarichi di Funzione trasmettono all'Incarico di funzione "Coordinamento collegi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a € 40.000" la nota di attivazione per la richiesta di procedura in economia. L'affidamento viene poi effettuato come descritto nel processo APBSE004 "Gestione procedure d'acquisto di beni e servizi sotto €40.000". Il RUP coincide con il Direttore della SOC Approvvigionamento beni e servizi, per la relativa adozione. Per gli acquisti in economia di importo inferiore a € 5.000: Sulla base delle specifiche tecniche ricevute dalle Strutture richiedenti, si procede alla richiesta di preventivi a 3/5 ditte. Una volta ricevute, le offerte vengono inviate alla Struttura richiedente per la valutazione di idoneità tecnica dei beni offerti. Se i beni sono conformi a quanto necessario, si procede a redigere la nota di affidamento, che viene inviata al fornitore per la sua sottoscrizione quale accettazione insieme alla dichiarazione sostitutiva di insussistenza di cause di esclusione. Gli Incarichi di Funzione ed il valutatore provvedono a compilare la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. In presenza di acquisto in esclusiva, il richiedente invia la dichiarazione di esclusività firmata dal Responsabile della struttura richiedente. Il RUP coincide con il Direttore della SOC Approvvigionamento beni e servizi, per la relativa adozione.	Incarico di Funzione Gestione Forniture Beni di Consumo e Investimenti Incarico di Funzione Gestione Servizi in Concessione Personale amministrativo Incarico di Funzione Coordinamento collegi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a € 40.000 RUP	Piano degli investimenti aziendale approvato con delibera del DG, progetti finanziati o altre risorse (Bilancio di Previsione, FAP etc.) Regolamento dell'attività contrattuale Azienda Usi Toscana Centro - Delibera n. 982/2021 D.Lgs. 50/2016 D. Lgs n. 36/2023	Esiste il rischio che il RUP/Incarico di Funzione attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	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 rilasciate nell'anno dal RUP / N° procedure di affidamento	100%	RESP		31/12 di ogni anno	
					Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionate dalla presenza di conflitto di interessi dell'operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte dell'Incarico di Funzione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento							X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dall'Incarico di Funzione / N° procedure di affidamento	100%	RESP		31/12 di ogni anno	
					Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionate dalla presenza di conflitto di interessi dell'operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte di tutti gli operatori economici della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento inferiore a €5000							X	Rilascio da parte di tutti gli operatori economici della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento inferiore a €5000 (SI/NO)	SI	RESP		31/12 di ogni anno	
5	Nomina RES	Gli Incarichi di Funzione redigono la nota per la nomina del RES e la inviano: - al Direttore Sanitario (DS) o al Direttore Amministrativo (DA) se il valore della richiesta è fino a € 40.000; - al Direttore Generale (DG) se il valore della richiesta è superiore a €40.000.	Incarico di Funzione Gestione Forniture Beni di Consumo e Investimenti Incarico di Funzione Gestione Servizi in Concessione	Legge n. 136/2010 D.Lgs. 50/2016 D. Lgs n. 36/2023	Esiste il rischio che il RES attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento						X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RES / N° di procedure di affidamento	100%	RESP		31/12 di ogni anno		
6	Elaborazione DUVRI aziendale	Il RES valuta, con la collaborazione del SEPP aziendale, se è necessaria l'elaborazione di un Documento Unico di Valutazione dei Rischi di Interferenza (DUVRI) secondo il seguente percorso: 1 - invio al fornitore di richiesta informazioni sui rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro tramite apposito format; 2 - invio al SEPP delle informazioni ricevute; 3 - svolgimento riunione di coordinamento in modalità di videoconferenza; 4 - elaborazione DUVRI e successivo invio per acquisizione firme digitali.	RES (Incarico di Funzione Gestione Forniture Beni di Consumo e Investimenti) Incarico di Funzione Gestione Servizi in Concessione	Art. 26 del D. Lgs. 81/2008 Delibera DG n. 1117 del 26/07/2018	Nessuno																	
7	Acquisizione CIG ed emissione Ordine di acquisto su CITRIX	Gli Incarichi di Funzione acquisiscono il CIG. Il personale amministrativo provvede all'emissione dell'Ordine di acquisto per ciascun fornitore sull'applicativo di contabilità aziendale CITRIX. Contestualmente, l'ordine viene inviato via mail a tutti i soggetti interessati (referenti di reparto, personale collaudati) per consentire il successivo monitoraggio, consegna e collaudo.	Incarico di Funzione Gestione Forniture Beni di Consumo e Investimenti Incarico di Funzione Gestione Servizi in Concessione Personale amministrativo della SOC Approvvigionamento Beni e Servizi	Legge 205/2017 (art. 1, c. 412/413/414) D.M. Ministero Economia e Finanze 7 dicembre 2018, modificato e integrato dal D.M. 27 dicembre 2019	Nessuno																	
8	Monitoraggio della consegna	La Struttura richiedente, appena ricevuto il bene e il documento di consegna/trasporto (DDT), lo trasmette agli Incarichi di Funzione che verificano il rispetto delle tempistiche previste dal capitolato o da altro documento di gara.	RES (Incarico di Funzione Gestione Forniture Beni di Consumo e Investimenti) Incarico di Funzione Gestione Servizi in Concessione	D.Lgs. 50/2016 D. Lgs n. 36/2023 Atti di gara	Esiste il rischio che il RES attribuisca un indebito vantaggio/svantaggio ad un operatore economico alterando gli esiti del monitoraggio	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento						X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RES / N° di procedure di affidamento	100%	RESP		31/12 di ogni anno		
9	Applicazione delle penali	In caso di ritardi nella consegna, il RES provvede all'applicazione di eventuali penali, formalizzando la nota tramite PEC (affidando al fornitore un termine per eventuali controdeduzioni).	RES (Incarico di Funzione Gestione Forniture Beni di Consumo e Investimenti) Incarico di Funzione Gestione Servizi in Concessione Personale amministrativo	D.Lgs. 50/2016 D. Lgs n. 36/2023 Atti di gara	Esiste il rischio che il RES attribuisca un vantaggio ad un operatore economico omettendo di applicare eventuali penali	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento						X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RES / N° di procedure di affidamento	100%	RESP		31/12 di ogni anno		
10	Trasmissione/ricevimento documenti attestanti la consegna dei beni, conformità ed eventuale collaudo	Il RES trasmette alle Strutture richiedenti l'attestato di conformità del bene che deve essere restituito firmato segnalando eventuali difformità. Nel caso in cui il bene debba essere collaudato, si riceve anche il documento di collaudo dal personale ESTAR incaricato.	RES (Incarico di Funzione Gestione Forniture Beni di Consumo e Investimenti) Incarico di Funzione Gestione Servizi in Concessione) Collaudatori	D.Lgs. 50/2016 D. Lgs n. 36/2023	Nessuno																	
11	Acquisizione DURC, Liquidazione e tracciabilità CIG	Il RES, in collaborazione con il personale amministrativo, procede all'acquisizione del Documento Unico di Regolarità Contributiva e Retributiva (DURC), su apposito applicativo INPS. Il RES, in collaborazione con il personale amministrativo, verifica la presenza di tutta la documentazione amministrativa necessaria (fattura, collaudo, attestato regolare esecuzione/attestato di conformità, DURC) e procede, previo carico del cespite, all'inserimento del ricevimento di acquisto del bene sull'applicativo aziendale di contabilità CITRIX. Il verbale di presa in carico del bene quale cespite, generato da CITRIX, viene inviato alla Struttura richiedente insieme all'etichetta da attaccare sul bene stesso. Successivamente il RES procede: - all'invio alla SOC Fornitori dell'avvenuto ricevimento per la conseguente emissione del relativo mandato di pagamento sull'applicativo di contabilità aziendale CITRIX; - al tracciamento del CIG. In caso di fatture errate inviano al fornitore, tramite PEC, una nota motivata di richiesta emissione nota di credito (parziale o totale) oltre eventuale nuova fattura.	RES (Incarico di Funzione Gestione Forniture Beni di Consumo e Investimenti) Incarico di Funzione Gestione Servizi in Concessione) Collaudatori Personale amministrativo	D.Lgs. 50/2016 D. Lgs n. 36/2023	Nessuno																	

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

Nome del processo:	Gestione dei servizi non sanitari
Area di rischio:	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
Processi connessi:	APBESE004
Codice:	APBESE008
DIR:	Rita Bonciani
Struttura del DIR:	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi
RESP:	Giorgio Nencioni
Struttura del RESP:	SOC Approvvigionamento beni e servizi
Data di aggiornamento:	15/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Aziendale ESTAR CONSIP	Programmazione aziendale fabbisogno servizi non sanitari Documentaizione gare ESTAR che rispondono al fabbisogno aziendale Elenco gare attivate da CONSIP	Il processo si occupa di gestire la fase esecutiva di tutti i servizi di tipo non sanitario (ad esempio lavanolo, vigilanza, trasporti, ecc)	Nota di contestazione del servizio Ricevimento di acquisto sull'applicativo CITRIX Tracciamento CIG	Ditta fornitrice del servizio SOC Fornitori SITAT

2 – ANALISI DEL PROCESSO																								
APBESE008 - Gestione dei servizi non sanitari - 15/01/2024																								
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	Invio programmazione acquisti ad Estar e recepimento documentazione gare già aggiudicate	Gli Incarichi di Funzione, con la collaborazione del personale amministrativo, trasmettono ad ESTAR il fabbisogno aziendale pluriennale/annuale con la relativa quantificazione economica. ESTAR restituisce l'elenco e la documentazione delle gare aggiudicate che rispondono al fabbisogno aziendale. Nel caso in cui non siano presenti gare già effettuate da ESTAR, si procede con gli acquisti su CONSP o con gli affidamenti diretto.	IF gestione servizi alberghieri IF gestione servizi tecnico economici IF vigilanza e servizi economici di supporto Personale Amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi	Regolamento dell'attività contrattuale – Delibera DG n. 982/2021 D.Lgs n. 50/2016 D.Lgs. n. 36/2023	Nessuno																			
2	Nomina RES e DEC	Gli Incarichi di Funzione redigono la nota per la nomina del RES e del DEC e la inviano: - al Direttore Sanitario (DS) o al Direttore Amministrativo (DA) se il valore della richiesta è fino a € 40.000; - al Direttore Generale (DG) se il valore della richiesta è superiore a € 40.000.	IF gestione servizi alberghieri IF gestione servizi tecnico economici IF vigilanza e servizi economici di supporto Personale Amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi	Regolamento dell'attività contrattuale – Delibera DG n. 982/2021 D.Lgs n. 50/2016 D.Lgs. n. 36/2023	Esiste il rischio che il RES attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RES / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
					Esiste il rischio che il DEC attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento											X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal DEC / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno
3	Adesione a gara ESTAR	Il RES predispone la nota di richiesta adesione/manifestazione di interesse su gara Estar per l'adesione alle gare già aggiudicate da ESTAR con Accordo Quadro/Convenzione. Il personale amministrativo inserisce la Richiesta di Acquisto (RDA) sul portale ESTAR - Applicativo RDA 2, oppure la manifestazione di interesse sul portale ESTAR Negozio Elettronico – Applicativo START. ESTAR rilascia, il relativo nulla osta con l'indicazione dell'affidatario, oppure il diniego per esaurimento capienza economica della gara.	RES (IF gestione servizi alberghieri, IF gestione servizi tecnico economici, IF vigilanza e servizi economici di supporto) Personale Amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi	Bilancio di Previsione Regolamento dell'attività contrattuale – Delibera DG n. 982/2021 D.Lgs n. 50/2016 D.Lgs. n. 36/2023	Nessuno																			
4	Adesione a gare CONSP per il settore ICT	Il RES inserisce la richiesta di acquisto (RDA) sul Portale ESTAR per il relativo nulla osta rilasciato da ESTAR stesso, per servizi relativi al settore Information & Communication Technology (ICT). Il RES inserisce l'Ordine Diretto di Acquisto (ODA) sul portale CONSP e procedere con l'adozione della delibera di adesione alla Convenzione/Accordo Quadro CONSP.	RES (IF gestione servizi alberghieri, IF gestione servizi tecnico economici, IF vigilanza e servizi economici di supporto) DEC Personale amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi	Bilancio di Previsione Regolamento dell'attività contrattuale – Delibera DG n. 982/2021 D.Lgs. n. 36/2023	Nessuno																			
5	Acquisti in affidamento diretto	Essendo la programmazione dei servizi costante e trattandosi di servizi continui di importi e dimensioni elevate, questi sono sempre previsti come gare ESTAR o, se non presenti, CONSP. In casi residuali può essere necessario con gli affidamenti diretti. Per gli acquisti in economia da € 5.000 a € 40.000 L'IF Servizi tecnico economici trasmette all'Incarco di Funzione "Coordinamento collegi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori e € 40.000" la nota di attivazione per la richiesta di procedura in economia. L'affidamento viene poi effettuato come descritto nel processo APBESE004 "Gestione procedure d'acquisto di beni e servizi sotto €40.000". Il RUP coincide con il Direttore della SOC Approvvigionamento beni e servizi, per la relativa adozione. Per gli acquisti in economia di importo inferiore a € 5.000. L'Incarco di Funzione procede alla richiesta di offerta con relativi preventivi a n. 3/5 Ditte. Una volta ricevute le offerte, queste vengono inviate al DEC per la valutazione dell'idoneità tecnica. Se il servizio è conforme a quanto necessario, si procede a redigere la comunicazione di affidamento al fornitore affidatario, che viene inviata al fornitore stesso per la sua sottoscrizione quale accettazione, oltre all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva di insussistenza di cause di esclusione e la relativa dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Il RUP coincide con il Direttore della SOC Approvvigionamento beni e servizi, per la relativa adozione.	IF Gestione servizi tecnico economici IF Coordinamento collegi tecnici gare sopra soglia e procedure inferiori a € 40.000 Personale Amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi RUP	Bilancio di Previsione - Regolamento dell'attività contrattuale – Delibera DG n. 982/2021 D.Lgs n. 50/2016 D.Lgs. n. 36/2023	Esiste il rischio che il RUP/RES attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	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 rilasciate nell'anno dai RUP / N° procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
					Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionate dalla presenza di conflitto di interessi dell'operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento											X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RES/ N° procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno
					Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionate dalla presenza di conflitto di interessi dell'operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte di tutti gli operatori economici della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento inferiore a €5000												X	Rilascio da parte di tutti gli operatori economici della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento inferiore a €5000 (SI/NO)	SI	RESP
6	Supporto alle attività preliminari al contratto attuativo – DUVRI	Il RES e il DEC valutano, con la collaborazione del SEPP aziendale, se è necessaria l'elaborazione di un Documento Unico di Valutazione dei Rischi di Interferenza (DUVRI) secondo il seguente percorso: 1 - invio al fornitore di richiesta informazioni sui rischi per la salute e la sicurezza sul lavoro tramite apposito format; 2 - invio al SEPP delle informazioni ricevute; 3 - svolgimento riunione di coordinamento in modalità di videoconferenza; 4 - elaborazione DUVRI e successivo invio per acquisizione firme digitali.	DEC RES (IF gestione servizi alberghieri, IF gestione servizi tecnico economici, IF vigilanza e servizi economici di supporto)	Art. 26 del D. Lgs. 81/2008 Delibera DG n. 1117 del 26/07/2018	Nessuno																			
7	Supporto alle attività preliminari al contratto attuativo - Piano Dettagliato d'Intervento (PDI)/Piano Dettagliato dei Servizi (PDS)	Il fornitore con il supporto del DEC predispone il Piano Dettagliato di Intervento/ Piano Dettagliato dei Servizi, relativi alla descrizione delle attività che il fornitore deve garantire per il raggiungimento degli obiettivi di gara. Il RES e il DEC elaborano la nota di accettazione del Piano suddetto prima della redazione del contratto attuativo o ordinativo di fornitura.	DEC RES (IF gestione servizi alberghieri, IF gestione servizi tecnico economici, IF vigilanza e servizi economici di supporto) Personale amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi	D.Lgs n. 50/2016 D.Lgs. n. 36/2023	Nessuno																			
8	Acquisizione CIG (Codice Identificativo di Gara)	Prima della redazione del Contratto Attuativo o Ordinativo di Fornitura, gli Incarichi di Funzione acquisiscono il CIG derivato.	RES (IF gestione servizi alberghieri, IF gestione servizi tecnico economici, IF vigilanza e servizi economici di supporto)	D.Lgs n. 50/2016 D.Lgs. n. 36/2023	Nessuno																			
9	Redazione Contratto attuativo	Il RES redige il Contratto Attuativo/Ordinativo di Fornitura completo degli allegati: atto di nomina del responsabile trattamento dati, modulo di richiesta flussi finanziari, patto d'integrità.	RES (IF gestione servizi alberghieri, IF gestione servizi tecnico economici, IF vigilanza e servizi economici di supporto) Personale Amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi	D.Lgs n. 50/2016 D.Lgs. n. 36/2023	Nessuno																			

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
APBESE008 - Gestione dei servizi non sanitari - 15/01/2024																					
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 – Valutazione dei rischi					2.3 – Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifica di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
10	Avvio del servizio	Dopo la firma del contratto attuativo/ordinativo di fornitura, il RES con la collaborazione del personale amministrativo, procede con la comunicazione di avvio del servizio al fornitore aggiudicatario e al DEC.	RES (IF gestione servizi alberghieri, IF gestione servizi tecnico economici, IF vigilanza e servizi economici di supporto) DEC Personale Amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi	Atti di gara D.Lgs n. 50/2016 D.Lgs. n. 36/2023	Nessuno																
11	Emissione ordine di acquisto	Il DEC invia autorizzazione tecnico contabile e verifica del servizio reso al RES. Il RES procede all'emissione di ordine di acquisto sull'applicativo aziendale CITRIX. Il personale amministrativo provvede all'emissione dell'Ordine di acquisto per ciascun fornitore sull'applicativo di contabilità aziendale CITRIX. Contestualmente, l'ordine viene inviato via mail a tutti i soggetti interessati (DEC, referenti di reparto, ecc) per consentire il successivo monitoraggio.	RES (IF gestione servizi alberghieri, IF gestione servizi tecnico economici, IF vigilanza e servizi economici di supporto) DEC Personale Amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi	Atti di gara D.Lgs n. 50/2016 D.Lgs. n. 36/2023	Nessuno																
12	Emissione ricevimento di acquisto e acquisizione documentazione propedeutica alla liquidazione	Il RES procede all'emissione del ricevimento di acquisto sull'applicativo aziendale di contabilità CITRIX. Prima di procedere alla liquidazione delle fatture si provvede: 1) all'acquisizione del Documento Unico di Regolarità contributiva e Retributiva DURC; 2) all'acquisizione dal fornitore delle fatture quietanzate degli eventuali subappalti; 3) all'acquisizione dal fornitore dell'elenco del personale addetto al servizio presso le nostre strutture, con indicazione della qualifica, orario e luogo di lavoro, per procedere ai successivi adempimenti amministrativi 4) all'acquisizione dell'attestazione di regolare esecuzione rilasciata dal DEC.	RES (IF gestione servizi alberghieri, IF gestione servizi tecnico economici, IF vigilanza e servizi economici di supporto) DEC Personale Amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi	Atti di gara D.Lgs n. 50/2016 D.Lgs. n. 36/2023	Esiste il rischio che il DEC attesti la regolare esecuzione anche in assenza dei necessari requisiti	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.							X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal DEC/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
13	Gestione delle non conformità rilevate dal DEC o tramite segnalazione	Il RES, su segnalazione del DEC, invia al fornitore la comunicazione di contestazione del servizio al fornitore, segnalando l'anomalia riscontrata e assegnando i giorni previsti dal capitolato per fornire le controdeduzioni. Al ricevimento delle controdeduzioni, sempre su valutazione del DEC, il RES predispone una delle seguenti comunicazioni al fornitore: 1) accettazione delle controdeduzioni e chiusura della pratica; 2) applicazione delle penali per mancata accettazione delle controdeduzioni; 3) gestione contabile per eventuali emissioni di note di credito a storno totale o parziale delle fatture emesse.	RES (IF gestione servizi alberghieri, IF gestione servizi tecnico economici, IF vigilanza e servizi economici di supporto) DEC Personale Amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi	Atti di gara D.Lgs n. 50/2016 D.Lgs. n. 36/2023	Esiste il rischio che il RES/DEC attribuisca un vantaggio ad un operatore economico omettendo di applicare eventuali penali	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.							X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal 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 rilasciate nell'anno dal DEC/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
14	Tracciabilità CIG	Periodicamente si provvede alla rendicontazione degli importi liquidati relativi ai contratti attivi al fine dell'inserimento sulla piattaforma SITAT (Osservatorio Contratti Pubblici Regione Toscana).	RES (IF gestione servizi alberghieri, IF gestione servizi tecnico economici, IF vigilanza e servizi economici di supporto) Personale amministrativo della SOC Approvvigionamento beni e servizi	D.Lgs n. 50/2016 D.Lgs. n. 36/2023	Nessuno																

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:	a.i. Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Fulvio Principe
Struttura del RESP:	SOC Clienti
Data di aggiornamento:	04/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Strutture eroganti prestazioni o strutture che gestiscono contratti e/o convenzioni	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 e privati

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
APICDG001 - Ciclo Attivo - 04/01/2024																					
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 SOC Clienti	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	Esiste il rischio che il soggetto debitore venga avvantaggiato dalla mancata emissione dolosa della fattura da parte della SOC Clienti	Mancanza di controlli	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media a causa dell'assenza di controlli. L'impatto economico/reputazionale si può considerare medio.	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 SOC Clienti via mail o con altre forme tracciabili. Per contro la SOC Clienti deve comunicare alla struttura richiedente, tramite apposito report semestrale, gli estremi della fattura emessa.	X								Trasmissione semestrale di un report delle fatture emesse alle strutture richiedenti (SI/NO)	SI	RESP	31/12 di ogni anno
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. 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.	Personale SOC Clienti per tutte le entrate di propria competenza	D.lgs. 502/92 e s.m.i L.R.T. 40/2005 e s.m.i L. 720/1984 istitutiva del sistema di Tesoreria Unica e s.m.i.	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:	a.i. Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Romina Cardarelli Tozzi
Struttura del RESP:	SOC Fornitori
Data di aggiornamento:	04/01/2024

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; - 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 - 04/01/2024																													
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 sul SDI (Sistema di Interscambio), previa verifica della correttezza dei requisiti formali di cui all'art. 21 DPR 633/72. Procede, inoltre, all'eventuale rifiuto, qualora ricorrano i casi previsti dal Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020 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). Per quanto riguarda alcune attività (per esempio fatture estere), le fatture sono ancora cartacee: queste vengono protocollate e contabilizzate con le stesse modalità, anche per quanto riguarda le fasi successive del processo.	Personale SOC Fornitori addetto alla protocollazione	Norme del codice civile Normativa fiscale: DPR 633/72, DPR 600/73 D.Lgs. 118/2011 Principi contabili regionali (Decreto RT 19167 del 28-09-2022) Principi contabili nazionali OIC Principi contabili internazionali IAS/IFRS Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020 Decreto MEF 24/08/2020 n. 132 DLGS 192 del 09/11/2021 PAC 0600 "Ricevimento e pagamento" adottata con Delibera DG 494 del 09/04/2021	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 IF delegato. Gli Uffici Liquidatori sono le strutture competenti ad effettuare ordine e ricevimento nell'applicativo contabile. Gli Uffici Liquidatori sono identificati con un codice, Centro Destinatario, che identifica ogni struttura. L'elenco dei Centri Destinatari è allegato alla medesima procedura PAC 0600 Ricevimento e Pagamento. Si specifica che la correttezza dei ricevimenti è di responsabilità esclusiva degli Uffici Liquidatori.	Personale SOC Fornitori addetto alla liquidazione e all'emissione del mandato di pagamento	Norme del codice civile Normativa fiscale: DPR 633/72, DPR 600/73 D.Lgs. 118/2011 Principi contabili regionali (Decreto RT 19167 del 28-09-2022) Principi contabili nazionali OIC Principi contabili internazionali IAS/IFRS Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020 Decreto MEF 24/08/2020 n. 132 DLGS 192 del 09/11/2021 PAC 0600 "Ricevimento e pagamento" adottata con Delibera DG 494 del 09/04/2021	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 e con le modalità stabilite dall'istruzione operativa interna "Tempistica di liquidazione e pagamento delle fatture", qualora il ricevimento sia stato fatto nei termini sopraindicati.	Personale SOC Fornitori addetto alla liquidazione e all'emissione del mandato di pagamento	Norme del codice civile Normativa fiscale: DPR 633/72, DPR 600/73 D.Lgs. 118/2011 Principi contabili regionali (Decreto RT 19167 del 28-09-2022) Principi contabili nazionali OIC Principi contabili internazionali IAS/IFRS Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020 Decreto MEF 24/08/2020 n. 132 DLGS 192 del 09/11/2021 PAC 0600 "Ricevimento e pagamento" adottata con Delibera DG 494 del 09/04/2021 Istruzione operativa interna "Tempistica di liquidazione e pagamento delle fatture"	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.	I controlli esistenti non sono formalizzati	Medio	Il livello di rischio è stato considerato medio perché la probabilità di accadimento è bassa grazie all'applicazione dell'istruzione operativa interna "Tempistica di liquidazione e pagamento delle fatture". L'impatto economico e reputazionale si può considerare medio.	Verifica che tutte le fatture del quadrimestre siano messe in pagamento seguendo l'ordine di scadenza in conformità all'istruzione operativa interna "Tempistica di liquidazione e pagamento delle fatture"	X			X				Verifica che tutte le fatture del quadrimestre siano messe in pagamento seguendo l'ordine di scadenza in conformità all'istruzione operativa interna "Tempistica di liquidazione e pagamento delle fatture" (SI/NO).	SI	RESP	31/05-30/09-31/01 di ogni anno									
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	Norme del codice civile Normativa fiscale: DPR 633/72, DPR 600/73 D.Lgs. 118/2011 Principi contabili regionali (Decreto RT 19167 del 28-09-2022) Principi contabili nazionali OIC Principi contabili internazionali IAS/IFRS Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020 Decreto MEF 24/08/2020 n. 132 DLGS 192 del 09/11/2021 PAC 0600 "Ricevimento e pagamento" adottata con Delibera DG 494 del 09/04/2021	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 viene sottoposto periodicamente alla Direzione Amministrativa.	Personale della SOC Fornitori addetto al monitoraggio debiti	Norme del codice civile Normativa fiscale: DPR 633/72, DPR 600/73 D.Lgs. 118/2011 Principi contabili regionali (Decreto RT 19167 del 28-09-2022) Principi contabili nazionali OIC Principi contabili internazionali IAS/IFRS Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020 Decreto MEF 24/08/2020 n. 132 DLGS 192 del 09/11/2021 PAC 0600 "Ricevimento e pagamento" adottata con Delibera DG 494 del 09/04/2021	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:	a.i. Valeria Favata
	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Antonio Campostrini
Struttura del RESP:	SOC Contabilità Generale
Data di aggiornamento:	04/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Soggetti esterni (Collegio Sindacale, Regione Toscana, Conferenza dei Sindaci, Corte dei Conti, ecc.) Strutture amministrative interne all'Azienda	Atti amministrativi da parte dei vari servizi amministrativi e documentazione rimessa dai vari fornitori (fatture) Conta fisica delle rimanenze di beni presenti in Azienda alla fine dell'anno solare e valorizzazione delle stesse al costo medio ponderato Inventario dei cespiti ammortizzabili e scritture contabili aziendali Provvedimenti amministrativi che certificano gli importi da erogare per la contabilizzazione degli stipendi Contributi vincolati, finalizzati, per investimenti e quote di FSR indistinto	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: 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. 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..). 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. 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. 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.	Delibera di adozione del bilancio e relativi allegati Libro giornale Libro inventario	Ditte Enti pubblici Privati Collegio Sindacale

2 – ANALISI DEL PROCESSO														2.3 – Trattamento del rischio							
APICDG003 - Predisposizione bilancio esercizio - 04/01/2024																					
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	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 pertanto effettuati mettendo a confronto le quantità scaricate nell'esercizio con quelle in giacenza e sono focalizzati soprattutto su prodotti valorizzati a confezione o a kit (ogni kit comprende più pezzi di un singolo prodotto). 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 devono essere completate 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. 9600 del 12/05/2023 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno																
2	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 Approvvigionamento Beni e Servizi. 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. 9600 del 12/05/2023 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno																
3	Contabilizzazione e pagamento degli emolumenti stipendiali	Contabilizzazione degli stipendi, delle ritenute e degli oneri a carico dell'ente sulla base delle informazioni stipendiali trasmesse dalle strutture aziendali afferenti all'Area Amministrazione del Personale 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																
4	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. 9600 del 12/05/2023 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno																
5	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. 9600 del 12/05/2023 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno																
6	Fondo svalutazione dei crediti	La SOC Contabilità Generale provvede ad effettuare le scritture contabili relative alla determinazione 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 DDRT 9600/2023 e smi). 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. 9600 del 12/05/2023 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno																
7	Ammortamenti e sterilizzazione	La SOC Contabilità Generale provvede a contabilizzare gli ammortamenti dei beni soggetti a inventariazione una volta verificata la quadratura tra contabilità generale e registro cespiti, provvedendo successivamente anche alla contabilizzazione delle scritture relative alla sterilizzazione degli ammortamenti (e allo storno dei contributi dei cespiti derivanti da autofinanziamento o da finanziamenti finalizzati) tramite l'analisi della provenienza di ciascun cespite. Tale contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento.	SOC Contabilità Generale	Art. 2423 e seguenti codice civile D.Lgs. 118/2011 Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9600 del 12/05/2023 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno																
8	Contributi vincolati, finalizzati, per investimenti e quote di FSR indistinto	La SOC Contabilità Generale provvede nel corso dell'esercizio a contabilizzare i contributi vincolati, finalizzati, per investimenti e di quota di FSR indistinto in base a specifici atti di assegnazione da parte della Regione Toscana o di altri soggetti pubblici o privati. La SOC Contabilità Generale provvede altresì a contabilizzare gli incassi di tali contributi e, al termine dell'esercizio per 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. 9600 del 12/05/2023 e sue eventuali modifiche ed integrazioni	Nessuno																
9	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 Siope (Sistema informativo delle operazioni degli enti pubblici) e delle disponibilità liquide; il prospetto dei flussi di cassa; l'attestazione dei tempi di pagamento; il prospetto delle attività sociali e la relazione sulla gestione da parte del Direttore Generale. Tale atto deve essere adottato entro il 15 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, tuttavia, poiché la predisposizione di tale atto è comunque legata ad attività effettuate da altre strutture aziendali, al parere sulla congruità dei fondi da parte del Collegio Sindacale e alla delibera di assegnazione definitiva di FSR da parte della Regione Toscana, essa può anche avvenire in tempi successivi indipendentemente dalla volontà della SOC Contabilità Generale.	SOC Contabilità Generale	La normativa regionale (L.R. 40/2005 e successive modifiche ed integrazioni) prevede l'adozione del bilancio di esercizio entro il 15 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento secondo gli schemi previsti dal Decreto Lgs 118/2011 e smi. La Regione Toscana ha inoltre fornito ulteriori disposizioni in materia di contabilità delle Aziende Sanitarie attraverso un'apposita casistica per l'applicazione per l'applicazione dei principi contabili (Decreto Dirigenziale della Regione Toscana nr. 9600 del 12/05/2023 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:	a.i. Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Antonio Campostrini
Struttura del RESP:	SOC Contabilità Generale
Data di aggiornamento:	04/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Soggetti esterni e Enti per i quali l'Azienda svolge un'attività in outsourcing	Comunicazioni/PEC da parte degli Enti per i quali l'Azienda svolge un'attività in outsourcing Documenti inviati da fornitori/clienti di tali Enti	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Il processo di rilevazione viene attuato mediante l'utilizzo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Delibera di adozione del bilancio e relativi allegati</p> <p>Libro giornale</p> <p>Libro inventario</p> <p>Mandati di pagamento</p> <p>Ordinativi di Incasso</p>	<p>Ditte</p> <p>Enti pubblici</p> <p>Privati</p> <p>Tesoriere</p>

2 - ANALISI DEL PROCESSO																					
APICDG004 - Contabilità generale conto terzi - 04/01/2024																					
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	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 a rilevare anche gli accantonamenti della parte non spesa dei contributi dell'esercizio e gli utilizzi della parte spesa nell'esercizio dei contributi accantonati in anni precedenti. Tale contabilizzazione deve essere effettuata entro la chiusura dell'esercizio di riferimento.	SOC Contabilità Generale	Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9600 del 12/05/2023 DGRT 1265/2009 DGRT 243/2011 DGRT 834/2022	Nessuno																
2	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 e ss.mm.ii Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9600 del 12/05/2023 DGRT 1265/2009 DGRT 243/2011 DGRT 834/2022	Nessuno																
3	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 sullo SDI (Sistema di Interscambio), previa verifica della correttezza dei requisiti formali di cui all'art. 21 DPR 633/72. Procede inoltre all'eventuale rifiuto qualora ricorrano i casi previsti dal Decreto del Ministero dell'Economia 132/2020. 2) Verifica correttezza fornitura: Il Ricevimento o la lettera di liquidazione sono effettuati dal personale degli Uffici Liquidatori dell'Ente SDS e ISPRO entro 30 gg dalla erogazione del servizio ed attesta la regolarità della fornitura. L'Ufficio Liquidatore attesta anche la validità del DURC, ovvero la regolarità contributiva e per i beni inventariali 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 e ss.mm.ii Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9600 del 12/05/2023 DGRT 1265/2009 DGRT 243/2011 DGRT 834/2022	Nessuno																
4	Contabilizzazione e pagamento degli emolumenti stipendiali	Contabilizzazione degli stipendi, delle ritenute e degli oneri a carico dell'ente sulla base delle informazioni stipendiali trasmesse da Estar e conseguente emissione dei mandati di pagamento in base a flussi o ruoli inviati da tale Ente. 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 richiedere le opportune correzioni/integrazioni. In particolare la SOC Contabilità Generale sollecita e verifica che gli Enti SDS e ISPRO abbiano effettuato il carico inventariale di tutti i beni pervenuti nell'anno di riferimento. La quadratura tra registro cespiti e contabilità generale deve essere completata prima della chiusura dell'esercizio di riferimento; 3) Accantonamenti di fine esercizio: la SOC Contabilità Generale provvede ad effettuare la contabilizzazione degli accantonamenti richiesti dagli Enti SDS e ISPRO ai fondi rischi e oneri per tener conto di passività 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	Pagamenti effettuati nei termini e con le modalità previste dai contratti di lavoro in vigore al momento del pagamento	Nessuno																
5	Scritture di assestamento e rettifica	1) Rilevazione delle scorte: che viene effettuata attraverso la conta fisica dei beni presenti nelle varie strutture aziendali al termine dell'esercizio. Tale attività viene svolta direttamente dall'Ente (ISPRO) che poi trasmette i dati valorizzati alla SOC Contabilità Generale. La rilevazione viene effettuata al 31/12 di ogni anno e deve essere completata prima della chiusura dell'esercizio di riferimento. La valorizzazione delle rimanenze è effettuata al prezzo medio ponderato. 2) Quadratura fra registro dei cespiti ammortizzabili e contabilità generale: alla chiusura dell'esercizio viene sempre verificata la corrispondenza, per ciascun conto di bilancio, del saldo presente in contabilità generale con quello del registro dei cespiti ammortizzabili. La SOC Contabilità Generale effettua un controllo in tal senso e le eventuali differenze sono oggetto di analisi al fine di richiedere le opportune correzioni/integrazioni. In particolare la SOC Contabilità Generale sollecita e verifica che gli Enti SDS e ISPRO abbiano effettuato il carico inventariale di tutti i beni pervenuti nell'anno di riferimento. La quadratura tra registro cespiti e contabilità generale deve essere completata prima della chiusura dell'esercizio di riferimento; 3) Accantonamenti di fine esercizio: la SOC Contabilità Generale provvede ad effettuare la contabilizzazione degli accantonamenti richiesti dagli Enti SDS e ISPRO ai fondi rischi e oneri per tener conto di passività 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 e ss.mm.ii Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9600 del 12/05/2023 DGRT 1265/2009 DGRT 243/2011 DGRT 834/2022	Nessuno																
6	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 e ss.mm.ii Decreto Legislativo 118/2011 e smi DDRT nr 9600 del 12/05/2023 DGRT 1265/2009 DGRT 243/2011 DGRT 834/2022	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:	a.i. Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Massimo Fondi
Struttura del RESP:	SOC Analisi statistiche dati attività sanitaria
Data di aggiornamento:	04/01/2024

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 - 04/01/2024																					
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 dei 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'esattività 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 statistiche dati attività sanitaria	Delibera 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	Accesso 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 statistiche dati attività sanitaria	Delibera giunta regionale n.1171/2018 "Procedure per l'istituzione, l'aggiornamento e l'integrazione dei flussi informativi sanitari e socio-sanitari"	Nessuno																
3	Elaborazione dati, trasformazione 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 statistiche dati attività sanitaria	Delibera 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	Distribuzione dell'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 statistiche dati attività sanitaria	Delibera 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:	a.i. Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	n.a.
Struttura del RESP:	SOC Budget e monitoraggio costi
Data di aggiornamento:	04/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clients
Regione Toscana Direzione Aziendale, Sanitaria ed Amministrativa Dipartimenti Aziendali Direzioni Sanitarie di Presidio	Linee guida Regione Toscana Obiettivi economici annuali o pluriennali concordati con la Direzione 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	Regione Toscana Direzione Aziendale, Sanitaria ed Amministrativa Dipartimenti Aziendali Direzioni Sanitarie di Presidio

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
APICDG006 - Programmazione economica aziendale, monitoraggio e reporting - 04/01/2024																					
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 – Valutazione dei rischi					2.3 – Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Definizione degli obiettivi economici annuali in base alle indicazioni regionali.	La Regione Toscana invia le linee guida utili alla predisposizione del Bilancio di Previsione Annuale e Pluriennale che costituiscono la base per la programmazione economica aziendale sulla stessa scala temporale. Tali linee guida vengono recepite e, assieme alla raccolta di informazioni interne all'azienda, si predispongono dei tracciati con documentazione a corredo che identificano gli obiettivi economici e di investimenti 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.	I.F. Budget e finanziamenti vincolati a budget La parte relativa agli investimenti è predisposta dal Dip. Area Tecnica	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, si 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.	I.F. Budget e finanziamenti vincolati a budget	Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii Decreto Legislativo 118/2011	Nessuno																
3	Assegnazione del conto economico previsionale ai consegnatari	Il conto economico previsionale annuale, ovvero un di cui del bilancio di previsione adottato, rappresenta la base per la definizione degli obiettivi di budget, suddivisi per consegnatario di budget. A ciascun consegnatario di budget, identificato convenzionalmente con un ufficio amministrativo, viene assegnato un portafoglio 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, consegnatario 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.	I.F. Budget e finanziamenti vincolati a budget	Secondo prassi interna	Nessuno																
4	Monitoraggio del Conto Economico	L'andamento dell'azienda viene valutato ogni mese fornendo, sia ai fini interni che ai fini di adempimento di debito informativo verso la Regione Toscana, un conto economico previsionale aggiornato, composto da un consuntivo del periodo di riferimento e da una previsione di chiusura al 31/12 dell'anno di interesse (Forecast). Tempistica – una volta al mese.	I.F. Modello CE e monitoraggio costi	Legge Regionale 40/2005 e ss.mm.ii.	Nessuno																
5	Valutazione dell'andamento economico aziendale e ridefinizione degli obiettivi	Negoziante 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 può implicare una revisione dell'obiettivo inizialmente assegnato con il 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.	I.F. Modello CE e monitoraggio costi	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 consegnatari di budget), i preconsuntivi (conto economico preconsuntivo, non ancora deliberato), il bilancio di previsione (conto economico previsionale), il budget. Vengono messi a confronto i tracciati sopracitati e analizzati gli scostamenti, cercandone le motivazioni specifiche ed evidenziandole. Questo serve a capire come l'azienda si sta muovendo in corso d'anno e per produrre una reportistica per la Direzione Aziendale. Tempistica – una volta al mese.	I.F. Modello CE e monitoraggio costi	Secondo prassi interna	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:	a.i. Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Sandro Signorini
Struttura del RESP:	SOC Contabilità Analitica
Data di aggiornamento:	05/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clients
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 a specifiche rendicontazioni.	Allineamento del piano centri di costo all'organigramma aziendale. Rendicontazione dei costi in relazione ai diversi fabbisogni informativi (Budget, Modelli ministeriali Livelli di Assistenza e Costo dei Presidi ospedalieri, Salute Penitenziaria, Elisoccorso, ecc.).	Responsabili di struttura Responsabili della gestione del processo di Budget Direzione Aziendale Regione Toscana

2 - ANALISI DEL PROCESSO																																
APICDG007 - Contabilità Analitica - 05/01/2024																																
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 (formalizzate con delibera) e gestionali manifestate dalle strutture dell'Azienda (es. rilevazione costi emergenza COVID), 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 Centri di Responsabilità (CDR)/ Centri di costo (CDC) / Centri di Prelievo (CDP) con l'organigramma aziendale ed i relativi responsabili per poter consentire la gestione del processo di budget. Tempistica: tempestiva	Personale amministrativo della SOC Contabilità Analitica	LRT 40/2005 ss.mm.ii. Delibere aziendali di organizzazione Istruzioni operative interne	Nessuno																											
2	Estrazione, elaborazione e rappresentazione dei dati di costo	La SOC Contabilità analitica provvede all'acquisizione dei dati di costo al Data-warehouse aziendale OSLO; in particolare, dalla procedura informatica della Contabilità Oliamm CEPAS sono acquisiti i consumi per centri di costo e dalle procedure delle risorse umane gli stipendi. Su tali dati 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.	Personale amministrativo e tecnico della SOC Contabilità Analitica	Istruzioni operative interne	Nessuno																											
3	Specifiche rendicontazioni (Mod. Livelli di Assistenza e Costi dei presidi ospedalieri, Salute Penitenziaria, 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 Penitenziaria e Elisoccorso, elaborazioni specifiche a richiesta della Direzione o altre strutture aziendali. Tempistica: annuale e/o a richiesta.	Personale amministrativo e tecnico della SOC Contabilità Analitica	Linee di indirizzo ministeriali per la compilazione dei modelli LA e CP Specifiche regionali per la rendicontazione di alcune attività finanziate dalla Regione Toscana	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:	a.i. Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Valeria Zaccarelli, Daniela Mannaioli
Struttura del RESP:	SOC Controlling, SOS Controlling Ospedali, SOS Controlling Territorio e strutture amministrative
Data di aggiornamento:	05/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
SOS Contabilità Analitica Direzione Aziendale Comitato Budget	Dati di costo Conti di bilancio Obiettivi strategici aziendali	Assegnazione, negoziazione, monitoraggio e valutazione obiettivi economici di Budget	Scheda obiettivi economici (A) con dati di consuntivo (report valutazione obiettivi)	CdR titolari di Budget

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
APICDG008 - Negoziazione e valutazione obiettivi economici di budget - 05/01/2024																					
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 obiettivi economici annuali	A seguito della definizione da parte della Direzione Aziendale degli obiettivi annuali recepiti gli obiettivi economici regionali, il Comitato Budget interpreta, 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 economici	Gli obiettivi economici vengono rappresentati nella scheda A 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.	SOC Controlling	Regolamento di Budget	Nessuno																
3	Negoziazione obiettivi economici	Il Comitato Budget valuta le eventuali controproposte e in accordo con la Direzione Aziendale può modificare gli obiettivi attuativi indicando specifici incontri di negoziazione (in presenza o a distanza) oppure in modalità asincrona attraverso note scritte, con i Direttori di Dipartimento e di Area (se presenti).	Comitato Budget (di cui il Controlling fa parte insieme ad altre strutture aziendali)	Regolamento di Budget	Nessuno																
4	Assegnazione obiettivi economici	Le schede, accettate integralmente senza controproposte oppure modificate a seguito della fase di negoziazione, vengono formalmente sottoscritte dai Direttori. In caso di mancata sottoscrizione digitale o di mancata partecipazione all'incontro per la sottoscrizione, in assenza di delegati, gli obiettivi proposti si considerano accettati attraverso la firma del Direttore sovraordinato.	SOC Controlling	Regolamento di Budget	Nessuno																
5	Monitoraggio infrannuale	Almeno una volta 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 al raggiungimento degli obiettivi.	SOC Controlling (predisposizione schede) Comitato Budget (per eventuale rinegoziazione)	Regolamento di Budget	Nessuno																
6	Valutazione raggiungimento obiettivi: valutazione di prima istanza	a) Trasmissione della Scheda finale – i risultati a consuntivo della Scheda di Budget sono messi a disposizione dei Direttori, che possono accettare anche in modalità di silenzio assenso. Qualora non dovessero condividere o volessero giustificare i risultati raggiunti potranno inviare 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 15 giorni dal ricevimento della scheda di Budget; b) Primo contraddittorio – I Direttori che hanno presentato le loro controdeduzioni verranno contattati, in presenza o in modalità scritta, dal Comitato Budget che potrà accogliere totalmente o parzialmente le controdeduzioni, redigendo specifico verbale e rideterminando o confermando la quota percentuale di raggiungimento. c) Secondo contraddittorio – Il verbale redatto dal Comitato Budget, comunicato e condiviso con il Direttore della struttura secondo le modalità sopra indicate, può essere contestato da parte del titolare degli obiettivi attraverso una nota scritta alla Direzione Aziendale di competenza la quale, tramite un proprio delegato, potrà rivedere o confermare la decisione assunta nel primo contraddittorio inviando risposta a tale nota.	Comitato Budget (di cui il Controlling fa parte insieme ad altre strutture aziendali)	Regolamento di Budget	Nessuno																

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Rilevazione carichi di lavoro delle strutture ospedaliere
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	APICDG010
DIR:	Valeria Favata
Struttura del DIR:	Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione
RESP:	Daniela Mannaioli
Struttura del RESP:	SOS Controlling Ospedali
Data di aggiornamento:	05/01/24

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Soc Analisi statistiche dati attività sanitaria Area amministrazione del personale SOS CUP – Call Center Dipartimento Risorse Umane	Dati sulle presenze, assenze e strutture di assegnazione del personale relativo al profilo professionale oggetto di rilevazione Dati di attività riferiti a ricoveri, ambulatoriale, sala operatoria Turni di servizio per ambito di attività	Raccolta ed elaborazione dei dati sulle presenze del personale e sull'attività erogata finalizzata a rappresentare il livello di efficienza delle strutture analizzate e fornire spunti di riflessione utili ad individuare eventuali opportunità redistributive in termini di risorse umane e/o di attività compatibilmente con i vincoli organizzativi, tecnologici e logistici	Scheda di sintesi del fabbisogno formata da : - nr di personale Full time equivalent (FTE) assegnato alla struttura con il totale annuo delle ore lavorate e del debito orario netto - sezione 1 - misurazione in ore dell'attività prodotta – sezione 2 - rappresentazione della programmazione annua dei turni di lavoro per tipo di attività (degenza, ambulatoriale, sala operatoria) - sezione 3 - confronto tra debito orario netto annuo (sez. 1) e risultati rilevati nelle sezioni 2 e 3. I risultati di questi confronti mostrano il livello di efficienza delle strutture analizzate fornendo spunti di riflessione utili ad individuare opportunità redistributive di personale e/o attività.	Responsabili di Dipartimento, di Area, di SOC e SOS Direzione Aziendale

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
APICDG010 - Rilevazione carichi di lavoro delle strutture ospedaliere - 05/01/2024																					
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	Raccolta dati	Con riferimento ad un periodo temporale che solitamente è l'anno, vengono richiesti a: -Dipartimento Risorse Umane i dati sulle presenze, assenze e strutture di assegnazione del personale relativo al profilo professionale oggetto di rilevazione; -SOC Analisi statistiche dati attività sanitaria i dati di attività riferiti a ricoveri, ambulatoriale, sala operatoria; -SOS Cup e Call Center i dati sulle prestazioni specialistiche erogate per utenti esterni Tempistica : entro il primo quadrimestre di ogni anno	Personale amministrativo SOS Controlling ospedali	Consolidamento dei flussi informativi: la disponibilità dei dati su ricoveri e specialistica è subordinata alla chiusura definitiva dei flussi informativi regionali Metodologia condivisa con specialisti e direzione sanitaria inviata alle Organizzazioni Sindacali a novembre 2018	Nessuno																
2	Rilevazione del dovuto orario netto, timbrato e FTE	I dati ricevuti dal dipartimento delle risorse umane contenenti il dovuto orario, timbrato, assenze, produttività aggiuntiva, vengono elaborati al fine di rilevare, per le strutture interessate, il timbrato, il debito orario netto annuo ed il numero del personale in termini di Full Time Equivalente (FTE) – Sezione 1 Tempistica : entro il mese di maggio	Personale amministrativo SOS Controlling ospedali	Metodologia condivisa con specialisti e direzione sanitaria inviata alle Organizzazioni Sindacali a novembre 2018	Nessuno																
3	Quantificazione oraria delle attività prodotte	I dati ricevuti dalla Soc Analisi statistiche dati attività sanitaria e dalla SOS CUP Call Center vengono quantificati in termini di assorbimento di ore lavoro utilizzando, se presenti, i tempi reali o in loro assenza i tempi standard stabiliti dal gruppo di lavoro formato da professionisti, Direzione Sanitaria e controllo di gestione – Sezione 2 Tempistica : entro il periodo di maggio- luglio.	Personale amministrativo SOS Controlling ospedali	Metodologia condivisa con specialisti e direzione sanitaria inviata alle Organizzazioni Sindacali a novembre 2018	Nessuno																
4	Rappresentazione fabbisogno orario per copertura attività	Rappresentazione del fabbisogno orario per la copertura dei turni da assicurare per attività di reparto, sala operatoria, ambulatoriale, servizi di guardia. - Sezione3 Tempistica : entro il periodo di maggio- luglio	Personale amministrativo SOS Controlling ospedali	Metodologia condivisa con specialisti e direzione sanitaria inviata alle Organizzazioni Sindacali a novembre 2018	Nessuno																
5	Rilevazione livello di efficienza	Determinazione del livello di efficienza delle strutture attraverso il confronto tra debito orario netto annuo, contenuto nella sezione 1, ed i risultati rilevati nelle sezioni 2 e 3 della scheda di sintesi del fabbisogno. I risultati di questi confronti da analizzare insieme ad altre variabili di tipo organizzativo e tecnologico fornisce spunti di riflessione utili ad individuare opportunità redistributive di personale e/o attività. Le schede sono trasmesse ai direttori di dipartimento, Area, Soc e Sos. Alla direzione è trasmesso un prospetto riepilogativo dei risultati. Tempistica : entro il periodo di maggio- luglio.	Personale amministrativo SOS Controlling ospedali	Metodologia condivisa con specialisti e direzione sanitaria inviata alle Organizzazioni Sindacali a novembre 2018	Nessuno																

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – Dati generali****Nome del processo:** Valutazioni economiche, pricing e costing**Area di rischio:** Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio**Processi connessi:****Codice:** APICDG013**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:** 05/01/2024**1.2 – Descrizione**

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Aziendale Regione Toscana Strutture aziendali	Richieste specifiche	Approfondimento dell'oggetto dell'analisi indicato nella richiesta attraverso l'esame delle fonti normative o altro. Colloqui/ interviste con professionisti sanitari e non per l'individuazione delle varie fasi del processo e l'analisi di tutti i fattori produttivi impiegati per la produzione dell'output . Valorizzazione dei fattori produttivi individuati. Valutazione e valorizzazione di altri componenti di costo non direttamente impiegati nel corso del processo produttivo.	Determinazione tariffe di prestazioni Determinazione dei costi di produzione aziendali Determinazione dei costi di funzionamento di alcuni servizi	Direzione Aziendale Regione Toscana Strutture aziendali

2 – ANALISI DEL PROCESSO																																
APICDG013 - Valutazioni economiche, pricing e costing - 05/01/2024																																
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 – Valutazione dei rischi							2.3 – Trattamento del rischio																				
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza											
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI															
1	Ricezione richiesta di valutazione	Il personale amministrativo della SOC Contabilità analitica riceve la richiesta di valutazione, effettua l'analisi di fattibilità, ricerca eventuali fonti normative che disciplinano l'oggetto della richiesta e individua le strutture tecnico sanitarie di riferimento. I Responsabili delle suddette strutture individuano i professionisti competenti per l'analisi di tutte le fasi del processo. Tempistica: indicata nella richiesta	Personale amm.vo della SOC Contabilità analitica	I vincoli sono definiti di volta in volta in base alla tipologia di richiesta	Nessuno																											
2	Analisi del processo	In collaborazione con i Responsabili di struttura e i professionisti individuati, si effettua l'analisi delle singole fasi del processo e si individuano le risorse impiegate in ciascuna di esse (beni consumabili, beni pluriennali, personale, altri costi). I referenti individuati compilano le schede e le restituiscono via mail alla Contabilità Analitica. Tempistica: in base alle disponibilità degli altri interlocutori	Personale amm.vo della SOC Contabilità analitica	I vincoli sono definiti di volta in volta in base alla tipologia di richiesta	Esiste il rischio potenziale che i Responsabili di Struttura o i professionisti condizionino l'individuazione delle risorse impiegate al fine di garantire un vantaggio economico a se stessi o ad un soggetto esterno	Presenza di conflitto di interessi anche potenziale	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa, dato che l'individuazione delle risorse viene validata da più livelli nell'organizzazione. L'impatto economico/reputazionale si può considerare medio.	A partire dal 01/09/2023, tutti i documenti finali devono essere approvati formalmente da tutti i soggetti coinvolti nell'individuazione dei fattori produttivi e dai Direttori di Dipartimento di competenza per garantire la terzietà dell'analisi				X																N° di documenti finali approvati formalmente da tutti i soggetti coinvolti e dai Direttori di Dipartimento/N° di documenti finali prodotti	100%	RESP	31/12 di ogni anno
3	Analisi economica	Viene effettuata la valorizzazione economica delle risorse (fattori produttivi) già individuate nella fase di analisi del processo; si effettua l'imputazione dei costi diretti e indiretti all'output del processo e vengono valutate –ulteriori componenti di costo da considerare nell'analisi in base alla configurazione di costo definita per l'analisi stessa. Tempistica: nel rispetto della priorità assegnata alla richiesta	Personale amm.vo della SOC Contabilità analitica	Principi generali e metodologie di rilevazione e imputazione dei costi applicati dal sistema di contabilità analitica. Fonti contrattuali : CCNL, Gare d'appalto e altro	Nessuno																											
4	Verifica risultati, predisposizione ed invio documento finale	I risultati dell'analisi vengono illustrati ai soggetti coinvolti nella fase di analisi del processo per verificare l'assenza di errori o lacune e per l'approvazione finale. Successivamente, i risultati dell'analisi vengono sintetizzati nel documento finale che generalmente ha il layout di una tabella. Nella tabella sono riportate la descrizione dei fattori produttivi impiegati, le quantità, la valorizzazione economica e un'eventuale campo note. La valorizzazione complessiva dell'output finale si ottiene dalla sommatoria dei campi valori sopra descritti. Il documento finale viene inviato a mezzo mail ai richiedenti l'analisi.	Personale amm.vo della SOC Contabilità analitica	I vincoli sono definiti di volta in volta in base alla tipologia di richiesta	Esiste il rischio che i Responsabili di Struttura o i professionisti condizionino l'individuazione delle risorse impiegate al fine di garantire un vantaggio economico a se stessi o ad un soggetto esterno	Presenza di conflitto di interessi anche potenziale	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa, dato che l'individuazione delle risorse viene validata da più livelli nell'organizzazione. L'impatto economico/reputazionale si può considerare medio.	A partire dal 01/09/2023, tutti i documenti finali devono essere approvati formalmente da tutti i soggetti coinvolti nell'individuazione dei fattori produttivi e dai Direttori di Dipartimento di competenza per garantire la terzietà dell'analisi				X																N° di documenti finali approvati formalmente da tutti i soggetti coinvolti e dai Direttori di Dipartimento/N° di documenti finali prodotti	100%	RESP	31/12 di ogni anno

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 € 140.000 - sulla base di elementi qualitativi e quantitativi definiti dal RUP – ai sensi dell’art. 50, comma 1, lettera b, D.lgs 36/2023 (Codice)
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:	Massimo Martellini, Luca Tani, Sabrina Mutolo, Luca Tani, Luca Salvadori, Francesco Napolitano, Pierluigi Bellagambi, Silvio Marsicano, Francesco Salmoiraghi, Ermes Tesi, Eugenio Maesano, Gianluca Gavazzi, Sara Allegranti, Sergio Lami
Struttura del RESP:	SOC Appalti e Supporto Amministrativo, SOC Patrimonio, SOS Patrimonio mobiliare, SOC Gestione Investimenti Empoli, SOC Manutenzione Immobili Empoli, SOC Gestione Investimenti Zona Firenze, SOC Manutenzione Immobili Firenze, SOS Gestione Investimenti Ospedali Firenze, SOS Gestione Investimenti Territorio Firenze, SOC Gestione Investimenti Pistoia, SOC Manutenzione Immobili Pistoia, SOC Gestione Investimenti Prato, SOC Manutenzione Immobili Prato, SOC Gestione amministrativa SIOR e ospedali in concessione
Data di aggiornamento:	29/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Tutte le strutture aziendali	Richiesta di attivazione servizio o fornitura Riscontro della necessità da parte del Direttore di Dipartimento/Area/Struttura Strumenti di programmazione aziendali	Il processo si occupa di gestire gli affidamenti diretti di forniture e servizi (ivi compresi i servizi di architettura ed ingegneria) di importo inferiore ad € 140.000,00 - sulla base di elementi qualitativi e quantitativi definiti dal RUP - ai sensi dell’art. 50, comma 1, lettera b, D.lgs 36/2023 (Codice). Per gli investimenti PNRR/PNC si applicano anche le disposizioni di cui al DL 77/2021 convertito dalla L. 108/2021.	Determina Dirigenziale di aggiudicazione e altra documentazione inerente la procedura Contratto stipulato con l'aggiudicatario	Banca dati nazionale contratti pubblici Operatori economici

2 – ANALISI DEL PROCESSO																								
ARETECO01 - Affidamento diretto di forniture e servizi (ivi compresi i servizi di architettura ed ingegneria) di importo inferiore ad € 140.000 - sulla base di elementi qualitativi e quantitativi definiti dal RUP – ai sensi dell'art. 50, comma 1, lettera b, D.lgs 36/2023 (Codice) - 29/01/2024																								
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/riscontro necessità di intervento o approvvigionamento	Il Direttore del Dipartimento/Area/Struttura riceve le richieste di approvvigionamento di servizi o forniture da parte dei soggetti aziendali interni o esterni al Dipartimento. Le richieste vengono inoltrate tramite: - email; - piattaforma informatica; - richiesta scritta della Direzione (Aziendale, Ospedaliera o Territoriale). Il Direttore di Struttura/Dipartimento/Area può altresì rilevare direttamente la necessità di approvvigionamento di servizi o forniture. Infine, il Direttore di Struttura/Direttore di Dipartimento/Direttore di Area può rilevare la necessità di intervento dagli strumenti di programmazione (es. Piano degli Investimenti, approvato con delibera del Direttore Generale).	Direttore di Dipartimento/Area/Struttura competente per il tipo di intervento	Piano degli Investimenti aziendale oppure Budget assegnato alla struttura (PAC aziendali)	Nessuno																			
2	Valutazione richiesta e nomina RUP	Il Direttore di Dipartimento/Area/Struttura valuta se approvare le richieste di intervento pervenute e, in caso positivo, si procede a dare attuazione agli interventi previsti mediante il Direttore di Struttura competente. Quest'ultimo decide, sulla base delle competenze specifiche necessarie, dei carichi di lavoro, dell'assenza di conflitto di interessi e del principio di rotazione degli incarichi, compatibilmente con le specializzazioni dei professionisti di ciascuno, se mantenere il ruolo di RUP o individuare un proprio collaboratore nominandolo con nota e affidandogli l'incarico a procedere in attuazione della delibera aziendale n. 1064 del 13/07/2017. Nel caso di affidamenti trasversali alle SOC, il RUP è individuato dal Direttore di Dipartimento. Nell'atto di nomina viene esplicitato il possesso di adeguati requisiti di professionalità del RUP ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 36/2023 e del relativo Allegato I.2. Il Direttore di Struttura e il RUP individuato rilasciano apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	Direttore di Dipartimento/Area/Struttura competente per il tipo di intervento	Art. 15 D.Lgs. 36/2023 Allegato I.2 D.Lgs. 36/2023 Art. 16 D.Lgs. 36/2023 Art. 6-bis L. 241/1990 Delibera D.G. n. 1064 del 13/07/2017	Esiste il rischio potenziale che il Direttore di Struttura/RUP individuato possa favorire uno degli operatori economici interessati alla procedura	Presenza di conflitto di interessi Mancanza di rotazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del Direttore di Struttura della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento Aggiornamento della delibera 1064/2017 specificando i criteri per assicurare la rotazione del RUP compatibilmente con le risorse e le competenze disponibili								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Direttore di Struttura / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
3	Definizione documentazione tecnica ed importo a base di affidamento	Il RUP predispone e definisce i contenuti della documentazione tecnica e indica le caratteristiche generali delle prestazioni da eseguire senza individuare specifiche tecniche che potrebbero favorire un operatore economico rispetto ad un altro. L'importo a base di affidamento viene determinato applicando alle quantità delle prestazioni i prezzi dedotti dai vigenti prezzi della Regione Toscana ovvero attraverso indagini di mercato acquisendo preventivi da uno o più operatori economici ovvero basandosi sullo storico dei prezzi rilevati per precedenti prestazioni analoghe. Nel caso di affidamento di servizi di ingegneria e architettura, il calcolo del corrispettivo da porre a base di affidamento viene calcolato ai sensi del Decreto del Ministero della Giustizia 17/06/2016 e con i parametri di cui all'Allegato I.13 al D.lgs. 36/2023. Il RUP del singolo procedimento, nel calcolare l'importo da porre a base dell'affidamento, definisce puntualmente il fabbisogno in relazione all'oggetto dell'appalto, determinando per ogni attività di cui si compone l'affidamento, il relativo importo con le modalità sopra specificate. Ciò consente non solo la formulazione di offerte congrue, ma evita anche che la sottostima dell'importo di affidamento possa determinare l'elusione della disciplina prevista dal Codice per importi superiori (divieto di frazionamento).	RUP	Art. 41 del D.lgs 36/2023 Allegato I.13 DM Giustizia 17/06/2016 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	Presenza di 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 per ciascuna procedura di affidamento									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
									Implementazione di un sistema di controlli interni a campione di livello dipartimentale sugli affidamenti di valore superiore a €126.000	X														
3	Definizione documentazione tecnica ed importo a base di affidamento	Il RUP predispone e definisce i contenuti della documentazione tecnica e indica le caratteristiche generali delle prestazioni da eseguire senza individuare specifiche tecniche che potrebbero favorire un operatore economico rispetto ad un altro. L'importo a base di affidamento viene determinato applicando alle quantità delle prestazioni i prezzi dedotti dai vigenti prezzi della Regione Toscana ovvero attraverso indagini di mercato acquisendo preventivi da uno o più operatori economici ovvero basandosi sullo storico dei prezzi rilevati per precedenti prestazioni analoghe. Nel caso di affidamento di servizi di ingegneria e architettura, il calcolo del corrispettivo da porre a base di affidamento viene calcolato ai sensi del Decreto del Ministero della Giustizia 17/06/2016 e con i parametri di cui all'Allegato I.13 al D.lgs. 36/2023. Il RUP del singolo procedimento, nel calcolare l'importo da porre a base dell'affidamento, definisce puntualmente il fabbisogno in relazione all'oggetto dell'appalto, determinando per ogni attività di cui si compone l'affidamento, il relativo importo con le modalità sopra specificate. Ciò consente non solo la formulazione di offerte congrue, ma evita anche che la sottostima dell'importo di affidamento possa determinare l'elusione della disciplina prevista dal Codice per importi superiori (divieto di frazionamento).	RUP	Art. 41 del D.lgs 36/2023 Allegato I.13 DM Giustizia 17/06/2016 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	Presenza di 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	Definizione di procedure interne per individuare situazioni di frazionamento o affidamenti ricorrenti attraverso l'utilizzo di appositi indicatori previsti dal PNA 2022-2024	X									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
									Definizione di procedure interne per individuare situazioni di frazionamento o affidamenti ricorrenti attraverso l'utilizzo di appositi indicatori previsti dal PNA 2022-2024															
4	Indagine esplorativa con acquisizione di preventivi di spesa	Qualora il RUP non abbia tutti gli elementi necessari per redigere la documentazione tecnica di cui al punto precedente, può ricorrere all'indagine esplorativa, avvalendosi dell'elenco aziendale degli operatori economici e, ove non presenti, ricorrendo al mercato, al fine di acquisire il valore presunto del servizio/fornitura, le condizioni e le specifiche tecniche della prestazione richiesta.	RUP	D.Lgs. 36/2023	Nessuno																			
5	Richiesta preventivi a fornitori presenti nell'elenco aziendale	Il RUP procede all'individuazione dell'operatore economico a cui richiedere la presentazione del preventivo, verificando se nell'elenco aziendale degli operatori economici (approvato e aggiornato periodicamente con determina) sono presenti operatori qualificati per svolgere l'affidamento in interesse. Se in tale 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 preventivo, assicurando che siano scelti soggetti in possesso di documentate esperienze pregresse idonee all'esecuzione delle prestazioni. I criteri per la scelta degli operatori economici fanno riferimento ai requisiti tecnico/professionali degli stessi, evitando comunque, di norma, di invitare lo stesso operatore per più di due volte consecutive per commesse rientranti nello stesso settore merceologico, nella stessa categoria di opera, nello stesso settore di servizi: a tal fine nell'elenco aziendale, per ogni operatore economico, vengono riportati gli inviti e le aggiudicazioni dei precedenti affidamenti aziendali. Nel caso di reinvento del contraente uscente, il RUP deve fornire sempre adeguata motivazione, in ordine a tale scelta, nella propria relazione.	RUP	Delibera DG 377 del 24/03/2022 Art. 49 e 50 D.lgs. 36/2023 Allegato II.12 D.lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di conflitto di interessi Mancanza di rotazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e modalità di controllo per evitare affidamenti ricorrenti. L'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
									Aggiornamento della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori															
6	Richiesta preventivi a 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 oggetto dell'affidamento, garantendo, ove possibile, un'adeguata rotazione, fornendone adeguata motivazione sulla base della loro esperienza pregressa idonea all'esecuzione della prestazione richiesta e delle tempistiche e del buon esito del precedente contratto.	RUP	Delibera DG 377 del 24/03/2022 Artt. 49 e 50 D.lgs. 36/2023 Allegato II.12 D.lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di conflitto di interessi Mancanza di rotazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'esistenza di modalità informali 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 per ciascuna procedura di affidamento										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
									Aggiornamento della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori															
7	Formalizzazione delle offerte	Il RUP esamina i preventivi ricevuti e valuta le informazioni acquisite in merito alla corrispondenza con il fabbisogno individuato, selezionando il miglior preventivo sulla base di elementi qualitativi e quantitativi predeterminati. Il RUP carica su START/MEPA la lettera di richiesta di offerta nella quale si specificano anche i requisiti di partecipazione necessari, la documentazione tecnica posta a base di affidamento e richiede la conferma o il miglioramento del prezzo offerto con il preventivo selezionato. La richiesta su START/MEPA rimane per un periodo congruo stabilito dal RUP. Per affidamenti diretti di importo inferiore a 5.000 euro è consentito derogare all'applicazione del principio di rotazione.	RUP	Art. 49, comma 2 D.Lgs. 36/2023 Art. 1 comma 130 L. 145/2018 di modifica art. 1, comma 450 L. 296/2016	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di 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 per ciascuna procedura di affidamento											X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno
									Aggiornamento della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori															
8	Verifica dell'offerta	L'operatore economico presenta la propria offerta sul portale telematico. Il RUP provvede all'apertura della busta virtuale contenente sia la documentazione amministrativa che l'offerta economica: il RUP verifica la conformità della documentazione amministrativa presentata e la congruità dell'offerta in rapporto alla qualità della prestazione. 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 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di 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 per ciascuna procedura di affidamento											X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno
									Aggiornamento della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori															
9	Elaborazione della relazione con caratteristiche e motivazioni della scelta	Al termine dell'esame dell'offerta, il RUP completa una relazione, sulla base di uno schema tipo unico, in cui riporta, tra le altre cose, le caratteristiche dell'affidamento, l'importo offerto e le motivazioni che hanno condotto ad individuare l'operatore economico invitato. Per gli affidamenti di importo pari o superiore a 40.000 euro il RUP verifica il possesso dei requisiti autodichiarati dall'operatore economico, mentre per gli affidamenti di importo inferiore a 40.000 euro il RUP esegue una verifica semplificata del possesso dei requisiti richiesti, sulla base di dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà verificate a sorteggio su un campione preventivamente individuato.	RUP	Art. 17 comma 5, D.lgs. 36/2023 Art. 52 comma 1, D.lgs. 36/2023 Delibera DG 377 del 24/03/2022	Esiste il rischio potenziale che la procedura venga alterata per avvantaggiare un operatore economico	Eccessiva complessità dei processi Mancanza di controllo di I 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	Definizione di una check list per la verifica della completezza e dell'adeguatezza degli atti per le procedure superiori a €40.000	X														
									Definizione di una check list per la verifica della completezza e dell'adeguatezza degli atti per le procedure superiori a €40.000 (SI/NO)															
10	Affidamento	Il Direttore di struttura di appartenenza del RUP provvede con determina ad approvare la relazione e la documentazione allegata, trasmessagli dal RUP, ed affidare il servizio/fornitura all'operatore economico precedentemente individuato. Per gli affidamenti di importo inferiore ad euro 5.000 la determina, di norma, può comprendere più affidamenti e viene adottata di norma entro il mese successivo alla data dell'ultimo affidamento.	Direttore di Struttura competente per il tipo di intervento	Art. 17, comma 2, D.lgs. 36/2023 Delibera DG 377 del 24/03/2022	Nessuno																			
11	Stipula contratto	Il RUP stipula il contratto con l'operatore economico ai sensi dell'art. 18 del D.lgs. 36/2023; per gli affidamenti di importo inferiore ad euro 5.000 il contratto può essere sostituito dall'ordine di esecuzione sottoscritto dal RUP.	RUP	Art. 18 D.lgs. 36/2023 Delibera DG 377 del 24/03/2022	Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionate dalla presenza di conflitto di interessi dell'operatore economico	Presenza di 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 economico affidatario della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dall'operatore economico / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
12	Pubblicazione	Pubblicazione della documentazione inerente la procedura sulla Banca dati nazionale dei contratti pubblici e sul sito Amministrazione Trasparente, in conformità alle indicazioni di ANAC.	RUP	Delibera DG 377 del 24/03/2022 Art. 27 D.Lgs. 36/2023	Nessuno																			

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

Nome del processo:	Affidamento diretto di lavori di importo inferiore ad € 150.000 - sulla base di elementi qualitativi e quantitativi definiti dal RUP - ai sensi dell'art. 50, comma 1, lettera a, D.lgs 36/2023 (Codice)
Area di rischio:	Contratti Pubblici (affidamento di lavori)
Processi connessi:	
Codice:	ARETEC002
DIR:	Sergio Lami
Struttura del DIR:	Dipartimento Area Tecnica
RESP:	Massimo Martellini, Luca Tani, Luca Salvadori, Francesco Napolitano, Pierluigi Bellagambi, Silvio Marsicano, Francesco Salmoiraghi, Ermes Tesi, Eugenio Maesano, Gianluca Gavazzi, Sara Allegranti, Sergio Lami
Struttura del RESP:	SOC Appalti e Supporto Amministrativo, SOC Patrimonio, SOC Gestione Investimenti Empoli, SOC Manutenzione Immobili Empoli, SOC Gestione Investimenti Zona Firenze, SOC Manutenzione Immobili Firenze, SOS Gestione Investimenti Ospedali Firenze, SOS Gestione Investimenti Territorio Firenze, SOC Gestione Investimenti Pistoia, SOC Manutenzione Immobili Pistoia, SOC Gestione Investimenti Prato, SOC Manutenzione Immobili Prato, SOC Gestione amministrativa SIOR e ospedali in concessione
Data di aggiornamento:	29/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clients
Tutte le strutture aziendali	Richiesta di attivazione lavoro Riscontro della necessità da parte del Direttore di Dipartimento/Area/Struttura Strumenti di programmazione aziendali	Il processo si occupa di gestire gli affidamenti diretti di lavori di importo inferiore ad € 150.000 - sulla base di elementi qualitativi e quantitativi definiti dal RUP - ai sensi dell'art. 50, comma 1, lettera a, D.lgs 36/2023 (Codice). Per gli investimenti PNRR/PNC si applicano anche le disposizioni di cui al DL 77/2021 convertito dalla L. 108/2021.	Determina Dirigenziale di aggiudicazione e altra documentazione inerente la procedura Contratto stipulato con l'aggiudicatario	Banca dati nazionale contratti pubblici Operatori economici

2 – ANALISI DEL PROCESSO																								
ARETECO02 - Affidamento diretto di lavori di importo inferiore ad € 150.000 - sulla base di elementi qualitativi e quantitativi definiti dal RUP - ai sensi dell'art. 50, comma 1, lettera a, D.lgs 36/2023 (Codice) - 29/01/2024																								
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	Recepimento/riscontro necessità di intervento o approvvigionamento	Il Direttore di Dipartimento/Area/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/Dipartimento/Area può altresì rilevare direttamente la necessità di approvvigionamento di lavori. Infine, il Direttore di Struttura/Dipartimento/Area può rilevare la necessità di intervento dagli strumenti di programmazione (es. nel Piano degli Investimenti, approvato con delibera del Direttore Generale).	Direttore di Dipartimento/Area/Struttura competente per il tipo di intervento	Piano degli Investimenti aziendale oppure Budget assegnato alla struttura (PAC aziendali)	Nessuno																			
2	Valutazione richiesta e nomina RUP	Il Direttore di Dipartimento/Area/Struttura valuta se approvare le richieste di intervento pervenute e, in caso positivo, si procede a dare attuazione agli interventi previsti mediante il Direttore di Struttura competente. Quest'ultimo decide sulla base delle competenze specifiche necessarie, dei carichi di lavoro, dell'assenza di conflitto di interessi e del principio di rotazione degli incarichi, compatibilmente con le specializzazioni professionali di ciascuno, se mantenere il ruolo di RUP o individuare un proprio collaboratore nominandolo con nota e affidandogli l'incarico a procedere in attuazione della delibera aziendale n. 1064 del 13/07/2017. Nel caso di affidamenti trasversali alle SOC, il RUP è individuato dal Direttore di Dipartimento. Nell'atto di nomina viene esplicitato il possesso di adeguati requisiti di professionalità del RUP ai sensi dell'art. 15 del Codice e del relativo Allegato I.2. Il Direttore di Struttura e il RUP individuato rilasciano apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	Direttore di Dipartimento/Area/Struttura competente per il tipo di intervento	Art. 15 D.Lgs. 36/2023 Allegato I.2 D.Lgs. 36/2023 Art. 16 D.Lgs. 36/2023 Art 6-bis L. 241/1990 Delibera D.G. n. 1064 del 13/07/2017	Esiste il rischio potenziale che il Direttore di Struttura/RUP individuato possa favorire uno degli operatori economici interessati alla procedura	Presenza di conflitto di interessi Mancanza di rotazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del Direttore di Struttura della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento Aggiornamento della delibera 1064/2017 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei RUP compatibilmente con le risorse e le competenze disponibili								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Direttore di Struttura / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
																		X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
																			X	Aggiornamento della delibera 1064/2017 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei RUP compatibilmente con le risorse e le competenze disponibili (SI/NO)	SI	RESP	30/06/24	
3	Definizione documentazione tecnica ed importo a base di affidamento	Per gli interventi di minor complessità, il RUP coincide con il progettista, e quindi predispone e definisce i contenuti della documentazione tecnica e indica le caratteristiche generali delle prestazioni da eseguire senza individuare specifiche tecniche che potrebbero favorire un operatore economico rispetto ad un altro. Nel caso 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 dedotti dai vigenti prezzi della Regione Toscana, ovvero prezzi della Stazione appaltante, ed in mancanza della corrispondente voce nei prezzi, mediante analisi del prezzo (applicando alle quantità di materiali, mano d'opera, noli e trasporti, necessari per la realizzazione delle quantità unitarie di ogni voce, i rispettivi prezzi elementari dedotti da listini ufficiali ovvero dai prezzi correnti di mercato ecc.) ovvero attraverso indagini di mercato acquisendo preventivi da uno o più operatori economici, ovvero basandosi sullo storico dei prezzi rilevati per precedenti prestazioni analoghe. Il RUP del singolo procedimento, nel calcolare l'importo da porre a base dell'affidamento, definisce puntualmente il fabbisogno in relazione all'oggetto dell'appalto, determinando per ogni attività di cui si compone l'affidamento, il relativo importo con le modalità sopra specificate. Ciò consente non solo la formulazione di offerte congrue, ma evita anche che la sottostima dell'importo di affidamento possa determinare l'elusione della disciplina prevista dal Codice per importi superiori (divieto di frazionamento).	RUP/Progettista individuato	Art. 41 del D.Lgs. 36/2023 Delibera DG 377 del 24/03/2022	Esiste il rischio potenziale che il RUP/progettista individuato possa condizionare l'esito dell'affidamento con la definizione della documentazione tecnica Rischio di frazionamento o di affidamenti ricorrenti	Presenza di 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 per ciascuna procedura di affidamento Rilascio da parte del Progettista individuato della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento Implementazione di un sistema di controlli interni a campione di livello dipartimentale sugli affidamenti di valore superiore a €135.000. Definizione di procedure interne per individuare situazioni di frazionamento o affidamenti ricorrenti attraverso l'utilizzo di appositi indicatori previsti dal PNA 2022-2024	X								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
																			X	Implementazione di un sistema di controlli interni a campione di livello dipartimentale sugli affidamenti di valore superiore a €135.000 (SI/NO)	SI	RESP	30/06/24	
																			X	Definizione di procedure interne per individuare situazioni di frazionamento o affidamenti ricorrenti attraverso l'utilizzo di appositi indicatori previsti dal PNA 2022-2024 (SI/NO)	SI	RESP	30/06/24	
4	Indagine esplorativa con acquisizione di preventivi di spesa	Qualora il RUP non abbia tutte gli elementi necessari per redigere la documentazione tecnica di cui al punto precedente, può ricorrere all'indagine esplorativa di mercato, avvalendosi del proprio elenco fornitori e, ove non presenti, ricorrendo al mercato, al fine di acquisire il valore presunto dei lavori, le condizioni e le specifiche tecniche della prestazione richiesta.	RUP	D.Lgs. 36/2023	Nessuno																			
5	Richiesta preventivi a fornitori presenti nell'elenco aziendale	Il RUP procede all'individuazione dell'operatore economico a cui richiedere la presentazione del preventivo, verificando se nell'elenco aziendale degli operatori economici (approvato e aggiornato periodicamente con determina) sono presenti operatori qualificati per svolgere l'affidamento in interesse. Se in tale 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 preventivo, assicurando che siano scelti soggetti in possesso di documentate esperienze pregresse idonee all'esecuzione delle prestazioni. I criteri attualmente presenti valutano solo i requisiti tecnico/professionali degli operatori, evitando comunque, di norma, di invitare lo stesso operatore per più di due volte consecutive per commesse rientranti nello stesso settore merceologico, nella stessa categoria di opera, nello stesso settore di servizi: a tal fine nell'elenco aziendale, per ogni operatore economico, vengono riportati gli inviti e le aggiudicazioni dei precedenti affidamenti aziendali. Nel caso di reinvitto del contraente uscente, il RUP deve fornire sempre adeguata motivazione, in ordine a tale scelta, nella propria relazione.	RUP	Delibera DG 377 del 24/03/2022 Art. 49 e 50 D.Lgs. 36/2023 Allegato II.12 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di conflitto di interessi Mancanza di rotazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e modalità di controllo per evitare affidamenti ricorrenti. L'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento Aggiornamento della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
																				X	Aggiornamento della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori (SI/NO)	SI	RESP	30/06/24
6	Richiesta preventivi a 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 oggetto dell'affidamento, garantendo, ove possibile, un'adeguata rotazione, fornendone adeguata motivazione sulla base della loro esperienza pregressa idonea all'esecuzione della prestazione richiesta e delle tempistiche e del buon esito del precedente contratto.	RUP	Delibera DG 377 del 24/03/2022 Allegato II.12 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di conflitto di interessi Mancanza di rotazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'esistenza di modalità informali 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 per ciascuna procedura di affidamento Aggiornamento della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
																				X	Aggiornamento della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori (SI/NO)	SI	RESP	30/06/24
7	Formalizzazione delle offerte	Il RUP esamina i preventivi ricevuti e valuta le informazioni acquisite in merito alla corrispondenza con il fabbisogno individuato, selezionando il miglior preventivo sulla base di elementi qualitativi e quantitativi predeterminati. Il RUP carica su START/MEPA la lettera di richiesta di offerta nella quale si specificano anche i requisiti di partecipazione necessari, la documentazione tecnica posta a base di affidamento e richiede la conferma o il miglioramento del prezzo offerto con il preventivo selezionato. La richiesta su START/MEPA rimane per un periodo congruo stabilito dal RUP. Per affidamenti diretti di importo inferiore a 5.000 euro è consentito derogare all'applicazione del principio di rotazione.	RUP	Art. 49, comma 2 D.Lgs. 36/2023 Art. 1 comma 130 L.145/2018 di modifica art. 1, comma 450 L. 296/2016	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di 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 per ciascuna procedura di affidamento										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
8	Verifica dell'offerta	L'operatore economico presenta la propria offerta sul portale telematico. Il RUP provvede all'apertura della busta virtuale contenente sia la documentazione amministrativa che l'offerta economica: il RUP verifica la conformità della documentazione amministrativa presentata e la congruità dell'offerta in rapporto alla qualità della prestazione. 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 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di 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 per ciascuna procedura di affidamento										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
9	Elaborazione della relazione con caratteristiche e motivazioni della scelta	Al termine dell'esame dell'offerta, il RUP completa una relazione, sulla base di uno schema tipo unico, in cui riporta, tra le altre cose, le caratteristiche dell'affidamento, l'importo offerto e le motivazioni che hanno condotto ad individuare l'operatore economico invitato. Per gli affidamenti di importo pari o superiore a 40.000 euro il RUP verifica il possesso dei requisiti auto-dichiarati dall'operatore economico, mentre per gli affidamenti di importo inferiore a 40.000 euro il RUP esegue una verifica semplificata del possesso dei requisiti richiesti, sulla base di dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà verificate a sorteggio su un campione preventivamente individuato.	RUP	Art. 17 comma 5, D.Lgs. 36/2023 Art. 52, comma 1, D.Lgs. 36/2023 Delibera DG 377 del 24/03/2022	Esiste il rischio potenziale che la procedura venga alterata per avvantaggiare un operatore economico	Eccessiva complessità dei processi Mancanza di controllo di I 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	Definizione di una check list per la verifica della completezza e dell'adeguatezza degli atti per le procedure superiori a €40000	X			X								SI	RESP	31/12/24	
10	Affidamento	Il Direttore di struttura di appartenenza del RUP provvede con determina ad approvare la relazione e la documentazione allegata, trasmessagli dal RUP, ed affidare il lavoro all'operatore economico precedentemente individuato. Per gli affidamenti di importo inferiore ad euro 5.000 la determina, di norma, può comprendere più affidamenti e viene adottata di norma entro il mese successivo alla data dell'ultimo affidamento.	Direttore di Struttura competente per il tipo di intervento	Art. 17, comma 2, D.Lgs. 36/2023 Delibera DG 377 del 24/03/2022	Nessuno																			
11	Stipula contratto	Il RUP stipula il contratto con l'operatore economico ai sensi dell'art. 18 del D.lgs. 36/2023; per gli affidamenti di importo inferiore ad euro 5.000 il contratto può essere sostituito dall'ordine di esecuzione sottoscritto dal RUP.	RUP	Art. 18 D.Lgs. 36/2023 Delibera DG 377 del 24/03/2022	Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionate dalla presenza di conflitti di interessi dell'operatore economico	Presenza di 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 economico della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dall'operatore economico / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
12	Pubblicazione	Pubblicazione della documentazione inerente la procedura sulla Banca dati nazionale dei contratti pubblici e sul sito Amministrazione Trasparente, in conformità alle indicazioni di ANAC.	RUP	Delibera DG 377 del 24/03/2022 Art. 27 D.Lgs. 36/2023	Nessuno																			

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Procedura negoziata servizi (ivi compresi servizi di architettura ed ingegneria) da euro 140.000 fino alla soglia di cui all'art. 14 del D. Lgs. 36/2023 e ss.mm.- con il criterio del minor prezzo o dell'OEPV
Area di rischio:	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
Processi connessi:	
Codice:	ARETECO03
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:	29/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Aziendale, Ospedaliera o Territoriale	Richiesta di attivazione servizio o servizio di ingegneria e di architettura Riscontro della necessità da parte del Direttore di Dipartimento/Area/Struttura Strumenti di programmazione aziendali	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 140.000 fino alle soglie di cui art. 14 del D.lgs. 36/2023 con il criterio del minor prezzo o dell'offerta economicamente più vantaggiosa	Determina Dirigenziale di aggiudicazione e altra documentazione inerente la procedura Contratto stipulato con l'aggiudicatario	Banca dati nazionale contratti pubblici Operatori economici

2 – ANALISI DEL PROCESSO																								
ARETECO3 - Procedura negoziata servizi (ivi compresi servizi di architettura ed ingegneria) da euro 140.000 fino alla soglia di cui all'art. 14 del D. Lgs. 36/2023 e ss.mm. - con il criterio del minor prezzo o dell'OEVP - 29/01/2024																								
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														
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI	Indicatori di attuazione		Target indicatori	IE dell'attuazione della	Scadenza		
1	Recepimento/riscontro necessità di intervento o approvigionamento	Il Direttore del Dipartimento/Area/Struttura: - riceve le richieste di intervento tramite richiesta scritta della Direzione (Aziendale, Ospedaliera o Territoriale); - rileva la necessità di intervento dagli strumenti di programmazione aziendale (es. Piano degli investimenti oppure Budget assegnato alla struttura).	Direttore di Dipartimento/Area/Struttura	Piano degli investimenti aziendale oppure Budget assegnato alla struttura (PAC aziendali)	Nessuno																			
2	Valutazione richiesta e nomina RUP	Il Direttore di Dipartimento/Area/Struttura valuta se approvare le richieste di intervento pervenute e, in caso positivo, si procede a dare attuazione agli interventi previsti mediante il competente di Struttura. Quest'ultimo decide, sulla base delle competenze specifiche necessarie, dei carichi di lavoro, dell'assenza di conflitto di interessi e del principio di rotazione degli incarichi, compatibilmente con le specializzazioni professionali di ciascuno, se mantenere il ruolo di RUP o individuare un proprio collaboratore nominandolo con nota e affidando l'incarico a procedere in attuazione della delibera aziendale n. 1064 del 13/07/2017. Nel caso di affidamenti trasversali alle SOC, il RUP è individuato dal Direttore di Dipartimento. Nell'atto di nomina viene esplicitato il possesso di adeguati requisiti di professionalità del RUP ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 36/2023 e del relativo Allegato I.2. Il Direttore di Struttura e il RUP individuato rilasciano apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	Direttore di Dipartimento/Area/Struttura Direttore della Struttura competente per il tipo di intervento	Art. 15 D.Lgs. 36/2023 Allegato I.2 D.Lgs. 36/2023 Art. 16 D.Lgs. 36/2023 Art. 6-bis L. 241/1990 Delibera D.G. n. 1064 del 13/07/2017	Esiste il rischio potenziale che il Direttore di Struttura/RUP individuato possa favorire uno degli operatori economici interessati alla procedura	Presenza di conflitto di interessi Mancanza di rotazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del Direttore di Struttura della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento Aggiornamento della delibera 1064/2017 specificando i criteri per assicurare la rotazione del RUP compatibilmente con le risorse e le competenze disponibili									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Direttore di Struttura / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
3	Definizione documentazione tecnica progettuale ed importo a base di gara	Il RUP predispone la documentazione tecnica del servizio da attivare ed indica le caratteristiche generali delle prestazioni da eseguire senza individuare specifiche tecniche che potrebbero favorire un operatore economico rispetto ad un altro. Il RUP predispone anche il Quadro economico dell'intervento. L'importo a base di gara viene determinato applicando alle quantità delle prestazioni i prezzi desunti dai vigenti prezzi della Regione Toscana ovvero attraverso indagini di mercato acquisendo preventivi da uno o più operatori economici ovvero basandosi sullo storico dei prezzi rilevati per precedenti prestazioni analoghe. Nel caso di affidamento di servizi di ingegneria e architettura, il calcolo del corrispettivo da porre a base di affidamento ai sensi del Decreto del Ministero della Giustizia 17/06/2016 e con i parametri di cui all'Allegato I.13 al D.Lgs. 36/2023. Il RUP del singolo procedimento, nel calcolare l'importo da porre a base di gara, definisce puntualmente il fabbisogno in relazione all'oggetto dell'appalto, determinando per ogni attività di cui si compone l'affidamento, il relativo importo con le modalità sopra specificate. Ciò consente non solo la formulazione di offerte congrue, ma evita anche che la sottostima dell'importo di affidamento possa determinare l'elusione della disciplina prevista dal Codice per importi superiori (divieto di frazionamento).	RUP	Decreto del Ministero della Giustizia 17/06/2016 Art. 41 del D.Lgs. 36/2023 Allegato I.13 al D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che il RUP incaricato possa condizionare l'esito dell'affidamento con la definizione della documentazione tecnica Rischio di frazionamento o di affidamenti ricorrenti	Presenza di 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 per ciascuna procedura di affidamento Implementazione di un sistema di controlli interni a campione di livello dipartimentale sugli affidamenti di valore compreso tra il 90% e il 100% della soglia comunitaria Definizione di procedure interne per individuare situazioni di frazionamento o affidamenti ricorrenti attraverso l'utilizzo di appositi indicatori previsti dal PNA 2022-2024	X									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
4	Verifica elenco aziendale degli Operatori economici	Il RUP verifica se nell'elenco aziendale degli operatori economici (approvato e aggiornato periodicamente con determina) sono presenti Operatori qualificati per svolgere l'affidamento in interesse.	RUP	Delibera n. 377 del 24/03/2022 Art. 50 D.Lgs. 36/2023	Nessuno																			
5	Redazione della relazione descrittiva dell'intervento da eseguire ed individuazione degli operatori economici	Il RUP, nella propria relazione descrittiva dell'intervento da eseguire, propone l'approvazione della documentazione tecnica e del quadro economico dell'intervento e propone l'individuazione della procedura negoziata senza previa individuazione di almeno 5 operatori economici, ove esistenti, definisce anche i requisiti e la metodologia di individuazione degli operatori economici da invitare, seguendo i criteri previsti per la gestione dell'elenco degli operatori economici: 1) ricorrendo all'elenco aziendale degli operatori economici nel caso in cui ce ne fossero in numero sufficiente; 2) ricorrendo al mercato attraverso apposita indagine mediante pubblicazione di un avviso di manifestazione di interesse a partecipare alla procedura di gara; 3) ricorrendo sia all'elenco sia al mercato nel caso in cui nell'elenco aziendale non fosse reperibile un numero sufficiente di operatori economici in possesso dei requisiti necessari. Per interventi o prestazioni analoghe il RUP, nel rispetto del principio di rotazione, evita di invitare lo stesso operatore per più di due volte consecutive per commesse rientranti nello stesso settore merceologico, nella stessa categoria di opera, nello stesso settore di servizi; a tal fine, nell'elenco aziendale, per ogni operatore economico, vengono riportati gli inviti e le aggiudicazioni dei precedenti affidamenti aziendali. Nel caso di reinvitto del contraente uscente, il RUP deve fornire sempre adeguata motivazione, in ordine a tale scelta, nella propria relazione.	RUP	Art.49 e 50 del D. Lgs. 36/2023 Allegato I.1 del D. Lgs. 36/2023 Delibera n. 377 del 24/03/2022	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di conflitto di interessi Mancanza di regolamentazione rotazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento Aggiornamento della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
6	Delibera a contrarre	Il Direttore di Struttura competente propone la delibera a contrarre con la quale, sulla base della relazione del RUP: 1) approva la documentazione tecnica; 2) indica la procedura di gara, stabilendo il criterio di aggiudicazione (minor prezzo o OEVP); 3) indica il metodo di individuazione degli operatori economici da invitare come meglio esplicitato alla fase 5; 4) individua le coperture economiche per l'intervento in questione; 5) nomina il Direttore dell'esecuzione del contratto e eventuali assistenti su proposta del RUP, acquisendo contestualmente la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi; 6) dà atto che compete al Direttore SOC Appalti e Supporto Amministrativo il compimento di tutti gli atti successivi per l'espletamento della procedura di gara.	Direttore di Struttura competente per il tipo di intervento	Delibera n. 885 del 16/06/2017 come modificata dalla Delibera n. 1348 del 26/09/2019 Art. 17 del D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che il Direttore di Struttura/DEC possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di 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 Direttore di Struttura della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento.										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Direttore di Struttura / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
7	Emissione avviso di manifestazione di interesse	Nel caso in cui nell'elenco aziendale degli operatori economici non fosse possibile reperire il numero minimo di operatori previsto dalle vigenti disposizioni di legge, o non ve ne fossero di qualificati per la tipologia di affidamento in oggetto, la Stazione appaltante emette un avviso di manifestazione di interesse aperto a tutti (approvato con determina del Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo) contenente requisiti, criteri e modalità per partecipare alla successiva procedura negoziata, avvalendosi di una piattaforma telematica di negoziazione. Nella determina e nell'avviso si definiscono: - il termine di scadenza per la presentazione delle manifestazioni di interesse, non inferiore a 5 gg.; - i criteri oggettivi per la scelta degli invitati, nel caso in cui le manifestazioni di interesse pervenute siano in numero superiore a quello stabilito; - le modalità di pubblicazione dell'avviso. Il Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo compila il modulo di dichiarazione di assenza conflitto di interessi.	Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo	Delibera n. 885/2017 come modificata dalla Delibera 1348/2019 Art. 50 D.Lgs. 36/2023 Allegato I.1 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che il Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di 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 Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo / N° avvisi manifestazione di interesse	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
8	Approvazione schema lettera di invito e individuazione del Seggio di gara	Il Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo con propria determinazione: - approva lo schema di lettera di invito con i modelli di dichiarazioni da presentare a corredo dell'offerta per l'affidamento in interesse; - individua il Seggio di gara (anche monocratico) addetto alla verifica della documentazione amministrativa ed al controllo dell'offerta economica; Il Presidente del Seggio di gara e gli eventuali assistenti (due o quattro) rilasciano la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo	Delibera n. 885 del 16/06/2017 come modificata dalla Delibera n. 1348 del 26/09/2019 Art. 17 del D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che il Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo o i membri del seggio di gara possano favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di 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 Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Rilascio da parte dei membri del seggio di gara della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.										X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo / N° procedure di gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
9	Avvio della procedura di gara tramite il sistema telematico di negoziazione	La documentazione tecnica, nonché la documentazione amministrativa di gara, vengono caricate sulla piattaforma START/MEPA dall'assistente di gara. Attraverso il sistema telematico, vengono inviate le lettere di invito a partecipare alla procedura di affidamento agli operatori economici selezionati, cui viene concesso un termine stabilito nella lettera di invito, nel rispetto di quanto previsto dal Codice dei Contratti, per presentare la propria offerta. Allo scadere di tale termine, impostato sul sistema telematico in fase di caricamento della gara, il sistema stesso chiude le offerte, impedendo la presentazione di nuove offerte o il ritiro di quelle già presentate.	Assistente di gara/dipendente del Dipartimento Area tecnica	Art. 50 D.Lgs. 36/2023	Nessuno																			
10	Verifica della documentazione amministrativa trasmessa dai concorrenti offerenti ed eventuale soccorso istruttorio	Nel giorno e all'ora stabiliti dalla lettera di invito, in seduta pubblica, si riunisce il Seggio di gara, composto dal Direttore della SOC Appalti e Supporto amministrativo (o suo delegato) e due (quattro) assistenti da lui nominati. Il Seggio di gara valuta la regolarità e conformità della documentazione amministrativa presentata dai concorrenti offerenti alle prescrizioni della lettera di invito. Nel caso in cui, all'esito dell'esame della documentazione amministrativa presentata dai concorrenti offerenti, il Seggio di gara avesse rilevato irregolarità e non conformità sanabili con l'Istituto del soccorso istruttorio, la seduta pubblica viene chiusa disponendo che il Responsabile del Procedimento di gara invii una lettera all'operatore interessato assegnandogli un termine inderogabile (pena l'esclusione dalla procedura di gara), compreso tra 5 e 10 giorni, per fornire le integrazioni e/o chiarimenti richiesti. Alla scadenza del termine del soccorso istruttorio, il Seggio di gara si riunisce in seduta pubblica di gara (di cui è stata data notizia tramite il sistema telematico di negoziazione con congruo anticipo) per esaminare la documentazione integrativa trasmessa dai concorrenti interessati dal soccorso istruttorio.	Il Seggio di gara per la verifica della documentazione amministrativa e controllo delle offerte economiche	Lettera di invito (lex specialis di gara) Delibera n. 885/2017 come modificata dalla Delibera 1348/2019 Art. 90 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che i membri del Seggio di gara possano favorire un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Alto	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 dei membri Seggio di gara della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.											X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai membri Seggio di gara / N° membri del Seggio di gara per ogni gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno
11	Ammissione/esclusione dei concorrenti	Al termine della verifica della documentazione amministrativa, il Seggio di gara comunica l'elenco dei concorrenti ammessi/esclusi alla Stazione Appaltante affinché il Direttore SOC Appalti e Supporto Amministrativo, con propria determinazione, disponga le ammissioni e le esclusioni dei concorrenti alla successiva fase di gara finalizzata all'apertura delle eventuali offerte tecniche (se gara indetta con criterio OEVP) ed economiche. Delle stesse ammissioni/esclusioni viene data notizia ai concorrenti stessi a mezzo di apposita nota trasmessa tramite piattaforma telematica.	Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo	Lettera di invito (lex specialis di gara) Delibera n. 885/2017 come modificata dalla Delibera 1348/2019 Art. 90 D.Lgs. 36/2023	Nessuno																			
12	Nomina Commissione giudicatrice delle offerte tecniche ed economiche nelle procedure aggiudicate con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa	Nel caso di affidamento di servizi da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa ai sensi dell'art. 108 del D. Lgs. 36/2023, a seguito della scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte: - il RUP propone al Direttore del Dipartimento Area Tecnica i nominativi dei componenti della Commissione giudicatrice deputati alla valutazione delle offerte tecniche e al controllo delle offerte economiche, scelti di norma tra i dipendenti in possesso di Diploma (avanzo acquisto da ciascuno di essi il curriculum vitae che ne dimostra la competenza, e la dichiarazione di accettazione dell'incarico, nella quale viene esclusa la sussistenza di conflitti di interesse con gli operatori economici ammessi alla procedura); - il Direttore del Dipartimento Area Tecnica designa la Commissione giudicatrice con nota indirizzata al Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo; - il Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo, con propria determinazione, nomina la Commissione giudicatrice ai sensi dell'art. 93 del D.Lgs. 36/2023.	RUP Direttore Dipartimento Area Tecnica Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo Componenti titolari e supplenti della Commissione giudicatrice	Delibera n. 885 del 16/07/2017 come modificata dalla Delibera 1348/2019 Art. 93 del D. Lgs. 36/2023 Art. 108 del D. Lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che i membri della Commissione giudicatrice possano favorire uno degli operatori economici interessati alla procedura	Presenza di 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 dei membri della commissione giudicatrice della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.											X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai 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 i criteri e le formule indicati nella lettera di invito. Successivamente, in seduta pubblica, la Commissione giudicatrice procede: - a dare lettura dei punteggi tecnici attribuiti alle singole offerte tecniche e ad inserirli nel sistema telematico di negoziazione; - ad aprire l'offerta economica dei concorrenti ammessi; - ad approvare le offerte regolari e conformi alle prescrizioni della lettera di invito; - a generare la classifica di gara.	Componenti titolari e supplenti della Commissione giudicatrice	Lettera di invito (lex specialis di gara) D. Lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che i membri della Commissione giudicatrice possano favorire uno degli operatori economici interessati alla procedura	Presenza di 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 dei membri della commissione giudicatrice della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.											X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai membri della commissione giudicatrice / N° membri commissione giudicatrice per ogni gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno

2 - ANALISI DEL PROCESSO																													
ARETECO03 - Procedura negoziata servizi (ivi compresi servizi di architettura ed ingegneria) da euro 140.000 fino alla soglia di cui all'art. 14 del D. Lgs. 36/2023 e ss.mm. - con il criterio del minor prezzo o dell'OEPV - 29/01/2024																													
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	Rischi dell'attuazione della	Scadenza								
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI												
14	Esame delle offerte economiche pervenute dai Concorrenti offerti	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 l'offerta economicamente più vantaggiosa), il Seggio di gara/Commissione giudicatrice riprende la seduta pubblica di gara per aprire le offerte economiche, verificarne la regolarità, formare la classifica di gara, formulare la proposta di aggiudicazione in favore della migliore offerta risultata non anomala e redigere il verbale della seduta pubblica di gara. Con questa fase terminano le funzioni del Seggio di gara/Commissione giudicatrice che, nel caso in cui la migliore offerta sia risultata non anomala, provvede a trasmettere, con apposita nota, alla SOC Appalti e supporto amministrativo, i dati relativi al concorrente primo classificato la cui offerta è risultata congrua e i verbali delle sedute di gara, per gli adempimenti connessi con l'aggiudicazione della procedura. Nel caso di procedure aggiudicate con il criterio del prezzo più basso è obbligatorio dare applicazione all'esclusione automatica delle offerte prevista dall'articolo 54 del D.lgs. 36/2023 e relativo Allegato II.2, se il numero delle offerte ammesse è pari o superiore a cinque. In tal caso, il Seggio di gara calcola la soglia di anomalia secondo il metodo indicato nella Lettera di invito tra quelli previsti dall'Allegato I.2 al Codice. I calcoli per determinare la soglia di anomalia sono svolti mediante il sistema telematico di negoziazione. Il sistema applica l'esclusione automatica delle offerte che risultano pari o superiori alla soglia di anomalia. Il Seggio di gara procede a formulare proposta di aggiudicazione in favore del concorrente che ha presentato l'offerta più vicina per difetto alla soglia stessa.	Seggio di gara Commissione giudicatrice	Lettera di invito (lex specialis di gara) Art. 54 del D.lgs. 36/2023 Allegato II.2 del D.lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che i membri della Commissione giudicatrice possano favorire uno degli operatori economici interessati alla procedura	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	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 rilasciate nell'anno dai membri della commissione giudicatrice / N° membri commissione giudicatrice per ogni gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno								
		Nel caso di procedure aggiudicate con il criterio del prezzo più basso è obbligatorio dare applicazione all'esclusione automatica delle offerte prevista dall'articolo 54 del D.lgs. 36/2023 e relativo Allegato II.2, se il numero delle offerte ammesse è pari o superiore a cinque. In tal caso, il Seggio di gara calcola la soglia di anomalia secondo il metodo indicato nella Lettera di invito tra quelli previsti dall'Allegato I.2 al Codice. I calcoli per determinare la soglia di anomalia sono svolti mediante il sistema telematico di negoziazione. Il sistema applica l'esclusione automatica delle offerte che risultano pari o superiori alla soglia di anomalia. Il Seggio di gara procede a formulare proposta di aggiudicazione in favore del concorrente che ha presentato l'offerta più vicina per difetto alla soglia stessa.		Esiste il rischio che i membri del Seggio di gara possano favorire un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte dei membri del seggio di gara della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	X										N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai membri del seggio di gara / N° membri del seggio di gara 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, all'esito del controllo delle offerte economiche dei concorrenti ammessi e alla formazione automatica della classifica di gara, si procederà con il sub procedimento di verifica di congruità sulla prima offerta in classifica risultata potenzialmente anomala. Nel caso di procedure aggiudicate con il criterio del prezzo più basso, qualora il numero delle offerte ammesse sia inferiore a cinque, il RUP può decidere di valutare la congruità di ogni offerta che, in base ad elementi specifici, appaia anormalmente bassa. Il sub procedimento di verifica dell'anomalia prevede la presentazione delle giustificazioni da parte dell'offerente, la valutazione delle stesse da parte del RUP eventualmente supportato dalla Commissione Giudicatrice e, infine, l'esito della valutazione con giudizio di congruità dell'offerta (con conseguente formulazione della proposta di aggiudicazione in favore dell'operatore che ha presentato tale offerta) oppure di un giudizio di non congruità, supportato da una rigorosa ed analitica motivazione da parte della stazione appaltante (con conseguente adozione di un atto di esclusione dell'offerta ritenuta anomala).	Responsabile Unico del Procedimento supportato, se previsto, da commissione nominata ad hoc	Art. 108 D.lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire o sfavorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi. L'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento	X							N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal 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	Nel 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 effettuata in sede di verifica di congruità dell'offerta): il Responsabile del Procedimento di gara, per conto del RUP, richiede 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; 2) IDONEITA' TECNICO PROFESSIONALE (solo per servizi esclusi servizi di ingegneria ed architettura): il Responsabile del Procedimento di gara, per conto del RUP, richiede per iscritto, e assegna all'operatore economico un termine non inferiore a 7 giorni, per la presentazione della documentazione (DVR, RSPP, medico competente, formazione dei lavoratori in materia di sicurezza e salute ai sensi dell'articolo 37 del D.lgs. 81/2008) utile a dimostrare il possesso dei requisiti professionali; 3) POSSESSO DEI REQUISITI DI ORDINE GENERALE E SPECIALE: il personale amministrativo della stazione appaltante effettua d'ufficio o tramite il Fascicolo Virtuale dell'Operatore Economico (FVOE) dell'ANAC le verifiche sull'assenza dei motivi di esclusione di cui all'art. 94 e 95 del D. Lgs. 36/2023 e le verifiche sul possesso dei requisiti di cui all'art. 100 del medesimo decreto; 4) VERIFICA ANTIMAFIA: il personale amministrativo della stazione appaltante, tramite consultazione telematica della Banca Dati Nazionale della Documentazione Antimafia (BDNA), prima della stipula del contratto, acquisisce la comunicazione antimafia al fine di accertare la sussistenza o meno di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D. Lgs. 159/2011.	Responsabile del Procedimento di gara RUP Personale amministrativo assegnato alla SOC Appalti e supporto amministrativo	Art. 110 del D.Lgs. n.36/2023 Art. 16 della L.R.T. 38/2007 D.lgs. 81/2008 Tabelle vigenti di cui al Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali CCNNLL Artt. 94, 95 e 100 D. Lgs. 36/2023 D.lgs.159/2011 D.P.C.M. 193/2014 FVOE di ANAC BDNA	Nessuno																								
17	Determina di aggiudicazione immediatamente efficace	Il RUP verificato con esito positivo il costo della manodopera indicato in sede di offerta dal concorrente a favore del quale è stata formulata proposta di aggiudicazione e verificata l'idoneità tecnico-professionale ai sensi dell'art. 16 della L.R.T. 38/2007, come da check list predisposte dalla stazione appaltante (verifiche da non effettuarsi nel caso di servizi di ingegneria ed architettura), trasmette il verbale di esito al Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo che, concluse con esito positivo le verifiche sul possesso dei requisiti di ordine generale e speciale di cui agli artt. 94, 95 e 100 del D.lgs. n. 36/2023, provvede all'aggiudicazione con determinazione dirigenziale e all'invio, entro cinque giorni dal predetto atto, delle comunicazioni relative all'aggiudicazione previste dall'art. 90, co. 1, lett. b) e c) del D. Lgs. 36/2023. Qualora le suddette verifiche abbiano dato esito negativo, il Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo procede con l'esclusione dell'offerta revocando la proposta di aggiudicazione e comunicando l'esclusione al concorrente stesso, e procede allo scorrimento della graduatoria e alle verifiche sul secondo concorrente in classifica. Nel caso in cui il RUP dichiara con propria nota l'urgenza dell'affidamento in questione, l'avvio del servizio può essere disposta nelle more della stipula del contratto ai sensi dell'art. 17, commi 8 e 9, del D.lgs. 36/2023.	Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo Personale amministrativo in forza alla stessa struttura RUP	Art. 17 D.lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che la procedura venga alterata per avvantaggiare un operatore economico	Eccessiva complessità dei processi Mancanza di controllo di I 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	Definizione di una check list per la verifica della completezza e dell'adeguatezza degli atti	X			X					Definizione di una check list per la verifica della completezza e dell'adeguatezza degli atti (SI/NO)	SI	RESP	31/12/2024								
18	Stipula del contratto	La stipula del contratto deve avere luogo, ai sensi dell'art.18, comma 2, del D. Lgs. 36/2023, entro 60 giorni dall'avvenuta aggiudicazione efficace. Al fine di addivinare alla stipula del contratto, l'aggiudicatario deve preliminarmente presentare la documentazione prevista nella lettera di invito (garanzia definitiva, polizza assicurativa, tracciabilità finanziaria, eventuali documenti per la sicurezza etc...). Entro cinque giorni dalla stipula, il personale amministrativo della Stazione appaltante provvede a darne comunicazione a tutti gli offerenti con apposite note, come previsto all'art. 90, co. 1, lett. e) del D.lgs.36/2023.	Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo Personale amministrativo in forza alla stessa struttura	Art. 18, comma 2 del D.lgs. 36/2023 Art. 90, co. 1, lett. e) del D.lgs.36/2023	Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionate dalla presenza di conflitto di interessi dell'operatore economico	Presenza di 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 economico affidatario della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento	X							N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dall'operatore economico / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno									
19	Avviso relativo all'appalto aggiudicato	Ai sensi dell'art. 50, comma 9, del 36/2023, il Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo, avvalendosi del personale amministrativo della Stazione appaltante, pubblica sulla Banca dati nazionale dei contratti pubblici su Amministrazione trasparente e sull'Osservatorio 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. 50, comma 9 del D.Lgs. 36/2023	Nessuno																								
20	Pubblicazione	Pubblicazione della documentazione inerente la procedura sulla Banca dati nazionale dei contratti pubblici e sul sito Amministrazione Trasparente, in conformità alle indicazioni di ANAC.	RUP	Delibera DG 377 del 24/03/2022 Art. 27 D.lgs. 36/2023	Nessuno																								

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Lavori da euro 150.000 fino alla soglia di cui all'art. 14 del D. Lgs. 36/2023 e ss.mm. - procedura negoziata - criterio minor prezzo e OEPV
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:	26/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Aziendale, Ospedaliera o Territoriale	Richiesta di attivazione servizio o servizio di ingegneria e di architettura Riscontro della necessità da parte del Direttore di Dipartimento/Area/Struttura Strumenti di programmazione aziendali	Il processo gestisce tutte le attività relative all'espletamento della procedura negoziata per l'acquisizione di lavori di importo compreso tra euro 150.000 fino alle soglie di cui all'art. 14 del D. Lgs. 36/2023 con il criterio del minor prezzo o dell'offerta economicamente più vantaggiosa	Determina Dirigenziale di aggiudicazione e altra documentazione inerente la procedura Contratto stipulato con l'aggiudicatario	Banca dati nazionale contratti pubblici Operatori economici

2 - ANALISI DEL PROCESSO															ARETEC004 - Lavori da euro 150.000 fino alla soglia di cui all'art. 14 del D. Lgs. 36/2023 e ss.mm. - procedura negoziata - criterio minor prezzo e OEPV - 26/01/2024										
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/riscontro necessità di intervento o approvvigionamento	Il Direttore del Dipartimento/Area/Struttura: - riceve le richieste di intervento lavori tramite richiesta scritta della Direzione (Aziendale, Ospedaliera o Territoriale); - rileva la necessità di intervento dagli strumenti di programmazione aziendale (es. Piano degli Investimenti oppure Budget assegnato alla struttura).	Direttore di Dipartimento/Area/Struttura	Piano degli Investimenti aziendale oppure Budget assegnato alla struttura (PAC aziendali)	Nessuno													X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Direttore di Struttura / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
2	Valutazione richiesta e nomina RUP	Il Direttore di Dipartimento/Area/Struttura valuta se approvare le richieste di intervento pervenute e, in caso positivo, si procede a dare attuazione agli interventi previsti mediante il Direttore di Struttura competente. Quest'ultimo decide, sulla base delle competenze specifiche necessarie, dei carichi di lavoro, dell'assenza di conflitto di interessi e del principio di rotazione degli incarichi, compatibilmente con le specializzazioni professionali di ciascuno, se mantenere il ruolo di RUP o individuare un proprio collaboratore nominandolo con nota e affidandogli l'incarico a procedere in attuazione della delibera aziendale n. 1064 del 13/07/2017. Nel caso di affidamenti trasversali alle SOC, il RUP è individuato dal Direttore di Dipartimento. Nell'atto di nomina viene esplicitato il possesso di adeguati requisiti di professionalità del RUP ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 36/2023 e del relativo Allegato I.2. Il Direttore di Struttura e il RUP individuato rilasciano apposita dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	Direttore di Dipartimento/Area/Struttura competente per il tipo di intervento	Art. 15 D.Lgs. 36/2023 Allegato I.2 D.Lgs. 36/2023 Art. 16 D.Lgs. 36/2023 Art. 6-bis L. 241/1990 Delibera D.G. n. 1064 del 13/07/2017	Esiste il rischio potenziale che il Direttore di Struttura/RUP individuato possa favorire uno degli operatori economici interessati alla procedura	Presenza di conflitto di interessi Mancanza di rotazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del Direttore di Struttura della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
									Aggiornamento delibera 1064/2017 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei RUP compatibilmente con le risorse e le competenze disponibili.				X		X				Aggiornamento delibera 1064/2017 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei RUP compatibilmente con le risorse e le competenze disponibili. (SI/NO)	SI	RESP	30/06/2024			
3	Definizione documentazione tecnica progettuale ed importo a base di gara	Per gli interventi di minor complessità, il RUP coincide con il progettista, e quindi predispone e definisce i contenuti della documentazione tecnica e indica le caratteristiche generali delle prestazioni da eseguire senza individuare specifiche tecniche 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 dedotti dai vigenti prezzi della Regione Toscana, ovvero prezzi della Stazione appaltante, ed in mancanza della corrispondente voce nei prezzi, mediante analisi del prezzo (applicando alle quantità di materiali, mano d'opera, noli e trasporti, necessari per la realizzazione delle quantità unitarie di ogni voce, i rispettivi prezzi elementari dedotti da listini ufficiali ovvero dai prezzi correnti di mercato ecc.) ovvero attraverso l'acquisto preventivo da uno o più operatori economici, ovvero basandosi sullo storico dei prezzi rilevati per precedenti prestazioni analoghe. Il RUP del singolo procedimento, nel calcolare l'importo da porre a base dell'affidamento, definisce puntualmente il fabbisogno in relazione all'oggetto dell'appalto, determinando per ogni attività di cui si compone l'affidamento, il relativo importo con le modalità sopra specificate. Ciò consente non solo la formulazione di offerte congrue, ma evita anche la sottostima dell'importo di affidamento possa determinare l'elusione della disciplina prevista dal Codice per importi superiori (divieto di frazionamento).	RUP/Progettista individuato	Art. 41 del D.Lgs. 36/2023 Delibera DG 377 del 24/03/2022	Esiste il rischio potenziale che il RUP/progettista individuato possa condizionare l'esito dell'affidamento con la definizione della documentazione tecnica	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza 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 ciascuna procedura di affidamento									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
									Implementazione di un sistema di controlli interni a campione di livello dipartimentale sugli affidamenti di valore compreso tra il 90% e il 100% della soglia comunitaria (SI/NO)	X									Implementazione di un sistema di controlli interni a campione di livello dipartimentale sugli affidamenti di valore compreso tra il 90% e il 100% della soglia comunitaria (SI/NO)	SI	RESP	30/06/2024			
									Definizione di procedure interne per individuare situazioni di frazionamento o affidamenti ricorrenti attraverso l'utilizzo di appositi indicatori previsti dal PNA 2022-2024	X			X						Definizione di procedure interne per individuare situazioni di frazionamento o affidamenti ricorrenti attraverso l'utilizzo di appositi indicatori previsti dal PNA 2022-2024 (SI/NO)	SI	RESP	30/06/2024			
4	Verifica e validazione del progetto relativo all'intervento da realizzare	Il RUP o il personale interno alla Stazione appaltante o altri soggetti esterni (secondo l'importo dei lavori da realizzare) provvedono a verificare il progetto in contraddittorio con il progettista. All'esito della verifica positiva del progetto, il RUP provvede alla validazione dello stesso.	Personale interno alla Stazione appaltante/RUP/ soggetti esterni	Art. 42 D.Lgs. 36/2023 Allegato I.7 D.Lgs. 36/2023	Nessuno																				
5	Verifica elenco aziendale degli Operatori economici	Il RUP verifica se nell'elenco aziendale degli operatori economici (approvato e aggiornato periodicamente con determina) sono presenti Operatori qualificati per svolgere l'affidamento in interesse.	RUP	Delibera n. 377 del 24/03/2022 Art. 50 D.Lgs. 36/2023	Nessuno																				
6	Redazione della relazione descrittiva dell'intervento da eseguire ed individuazione degli operatori economici	Il RUP, nella propria Relazione descrittiva dell'intervento da eseguire, propone l'approvazione del progetto o della documentazione tecnica di gara e del quadro economico dell'intervento e propone l'indizione della procedura negoziata senza bando previa individuazione di 5 o 10 operatori economici in base all'importo di gara (almeno 5 operatori per importi compresi tra 150.000 euro e 1.000.000 di euro oppure almeno 10 operatori per importi pari o superiori a 1.000.000 di euro e fino alla soglia comunitaria di cui all'art. 14 del D.lgs. 36/2023). Il RUP definisce anche i requisiti e la metodologia di individuazione degli operatori economici da invitare, seguendo i criteri previsti per la gestione dell'elenco degli operatori economici: 1) ricorrendo all'elenco aziendale degli operatori economici nel caso in cui ce ne fossero in numero sufficiente; 2) ricorrendo al mercato attraverso apposita indagine mediante pubblicazione di un Avviso di manifestazione di interesse a partecipare alla procedura di gara; 3) ricorrendo sia all'elenco sia al mercato nel caso in cui nell'elenco aziendale non fosse reperibile un numero sufficiente di operatori economici in possesso dei requisiti necessari. Per interventi o prestazioni analoghe il RUP, nel rispetto del principio di rotazione, evita di invitare lo stesso operatore per più di due volte consecutive per commesse rientranti nello stesso settore merceologico, nella stessa categoria di opera, nello stesso settore di lavori; a tal fine nell'elenco aziendale, per ogni operatore economico, vengono riportati gli inviti e le aggiudicazioni dei precedenti affidamenti aziendali. Nel caso di reinvitto del contraente uscente, il RUP deve fornire sempre adeguata motivazione, in ordine a tale scelta, nella propria relazione.	RUP	Art.49 e 50 del D. Lgs. 36/2023 Allegato II.1 del D. Lgs. 36/2023 Delibera n. 377 del 24/03/2022	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di conflitto di interessi Mancanza di regolamentazione rotazione	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza 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 ciascuna procedura di affidamento		X							X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
									Aggiornamento della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori				X					X	Aggiornamento della delibera 377 del 24/03/2022 specificando i criteri per assicurare la rotazione dei fornitori (SI/NO)	SI	RESP	30/06/2024			
7	Delibera a contrarre	Il Direttore di Struttura competente propone la delibera a contrarre con la quale, sulla base della relazione del RUP: 1) approva la documentazione tecnica; 2) indice la procedura di gara, stabilendo il criterio di aggiudicazione (minor prezzo o OEPV); 3) indica il metodo di individuazione degli Operatori economici da invitare come meglio esplicitato alla fase 6; 4) individua le coperture economiche per l'intervento in questione; 5) nomina il Direttore dei Lavori o l'Ufficio di Direzione Lavori su proposta del RUP, acquisendo contestualmente la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi; 6) dà atto che compete al Direttore SOC Appalti e Supporto Amministrativo il compito di tutti gli atti successivi per l'espletamento della procedura di gara.	Direttore di Struttura	Delibera n. 885/2017 come modificata dalla Delibera n. 1348/2019 del 26/09/2019 Artt 50 e 108 del D.lgs. 36/2023	Esiste il rischio che il Direttore di Struttura/Direttori dei lavori possano favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del Direttore di Struttura della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Direttore di Struttura / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
									Rilascio da parte del Direttori dei lavori della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento.									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai Direttori dei lavori / N° di Direttori dei lavori nominati per ciascuna procedura di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
8	Emissione avviso di manifestazione di interesse	Nel caso in cui sull'elenco aziendale degli Operatori economici non fosse possibile reperire il numero minimo di operatori previsto dalle vigenti disposizioni di legge, o non ve ne fossero di qualificati per la tipologia di affidamento in oggetto, la Stazione appaltante emette un avviso di manifestazione di interesse aperto a tutti (approvato con determina del Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo) contenente i requisiti, criteri e modalità per partecipare alla successiva procedura negoziata, avvalendosi di una piattaforma telematica di negoziazione. Nella determina e nell'avviso si rinvia al modulo di manifestazione di interesse. - Il termine di scadenza per la presentazione delle manifestazioni di interesse, non inferiore a 5 gg.; - i criteri oggettivi per la scelta degli invitati (nel caso in cui le manifestazioni di interesse pervenute siano in numero superiore a quello stabilito); - le modalità di pubblicazione dell'avviso. Il Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo compila il modulo di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo	Delibera n. 885/2017 come modificata dalla Delibera 1348/2019 del 26/09/2019 Art. 50 D.Lgs. 36/2023 Allegato II.1 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che il Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo possa favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo / N° avvisi manifestazione di interesse	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
9	Approvazione schema lettera di invito a individuazione del Seggio di gara	Il Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo con propria determinazione: - approva lo schema di lettera di invito con i modelli di dichiarazioni da presentare a corredo dell'offerta per l'affidamento in interesse; - individua il seggio di gara (anche monocratico) sottetto alla verifica della documentazione amministrativa ed al controllo dell'offerta economica. Il Presidente del Seggio di gara e gli eventuali assistenti (due o quattro) rilasciano la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.	Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo	Delibera n. 885 del 16/06/2017 come modificata dalla Delibera n. 1348 del 26/09/2019 Art. 17 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che il Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo o i membri del seggio di gara possano favorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo / N° di membri del seggio di gara / N° membri del seggio di gara per ogni gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
									Rilascio da parte dei membri del seggio di gara della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai membri del seggio di gara / N° membri del seggio di gara per ogni gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
10	Avvio della procedura di gara tramite il sistema telematico di negoziazione	La documentazione tecnica e progettuale nonché la documentazione amministrativa di gara vengono caricate sulla piattaforma START/MEPA. Attraverso il sistema telematico, vengono inviate le lettere di invito a partecipare alla procedura di affidamento agli Operatori economici selezionati, cui viene concesso un termine stabilito nella lettera di invito, nel rispetto di quanto previsto dal Codice dei Contratti, per presentare la propria offerta. Allo scadere di tale termine, impostato sul sistema telematico in fase di caricamento della gara, il sistema stesso chiude le offerte, impedendo la presentazione di nuove offerte o il ritiro di quelle già presentate.	Assistente di gara/ dipendente del Dipartimento Area Tecnica	Art. 50 D.Lgs. 36/2023	Nessuno																				
11	Verifica della documentazione amministrativa trasmessa dai concorrenti offerenti ed eventuale soccorso istruttorio	Nel giorno e all'ora stabiliti dalla lettera di invito, in seduta pubblica, si riunisce il Seggio di gara, composto dal Direttore della SOC Appalti e Supporto amministrativo (o suo delegato) e due/quattro assistenti da lui nominati. Il Seggio di gara valuta la regolarità e conformità della documentazione amministrativa presentata dai concorrenti offerenti alle prescrizioni della lettera di invito. Nel caso in cui, all'esito dell'esame della documentazione amministrativa presentata dai concorrenti offerenti, il Seggio di gara avesse rilevato irregolarità e non conformità sanabili con l'istituto del soccorso istruttorio, la seduta pubblica viene chiusa disponendo che il Responsabile del Procedimento di gara invii una lettera all'operatore interessato assegnandogli un termine inderogabile (pna l'esclusione dalla procedura di gara), compreso tra 5 e 10 giorni, per fornire le integrazioni e/o chiarimenti richiesti. Alla scadenza del termine del soccorso istruttorio, il Seggio di gara si riunisce in seduta pubblica di gara (di cui è stata data notizia tramite il sistema telematico di negoziazione con congruo anticipo) per esaminare la documentazione integrativa trasmessa dai concorrenti interessati dal soccorso istruttorio.	Il Seggio di gara per la verifica della documentazione amministrativa e controllo delle offerte economiche	Lettera di invito (lex specialis di gara) Delibera n. 885/2017 come modificata dalla Delibera 1348/2019 del 26/09/2019 Art. 90 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio che i membri del Seggio di gara possano favorire un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Alto	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 dei membri del seggio di gara della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dai membri del seggio di gara / N° membri del seggio di gara per ogni gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno			

2 – ANALISI DEL PROCESSO															ARETECO04 - Lavori da euro 150.000 fino alla soglia di cui all'art. 14 del D. Lgs. 36/2023 e ss.mm. - procedura negoziata - criterio minor prezzo e OEPV - 26/01/2024									
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			
12	Ammissione/esclusione dei concorrenti	Al termine della verifica della documentazione amministrativa, il Seggio di gara comunica l'elenco dei concorrenti ammessi/esclusi alla Stazione Appaltante affinché il Direttore SOC Appalti e Supporto Amministrativo, con propria determinazione, disponga le ammissioni e le esclusioni dei concorrenti alla successiva fase di gara finalizzata all'apertura delle eventuali offerte tecniche (se gara indetta con criterio OEPV) ed economiche. Delle stesse ammissioni/esclusioni viene data notizia ai concorrenti stessi a mezzo di apposita nota trasmessa tramite piattaforma telematica.	Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo	Lettera di invito (lex specialis di gara)	Nessuno																			
13	Nomina Commissione giudicatrice delle offerte tecniche ed economiche nelle procedure aggiudicate con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa	Nel caso di affidamento di lavori da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa ai sensi dell'art. 108 del D. Lgs. 36/2023, a seguito della scadenza del termine fissato per la presentazione delle offerte: - il RUP propone al Direttore del Dipartimento Area Tecnica i nominativi dei componenti della Commissione giudicatrice deputati alla valutazione delle offerte tecniche e al controllo delle offerte economiche, scelti di norma tra dipendenti in servizio presso il Dipartimento Area Tecnica (avendo acquisito da ciascuno di essi il curriculum vitae che ne dimostra la competenza, e la dichiarazione di accettazione dell'incarico, nella quale viene esclusa la sussistenza di conflitti di interesse con gli Operatori economici ammessi alla procedura); - il Direttore del Dipartimento Area Tecnica designa la Commissione giudicatrice con nota indirizzata al Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo; - il Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo, con propria determinazione, nomina la Commissione giudicatrice ai sensi dell'art. 93 del D. Lgs. 36/2023.	RUP Direttore Dipartimento Area Tecnica Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo Componenti titolari e supplenti della Commissione giudicatrice	Delibera n. 885/2017 come modificata dalla Delibera 1348/2019 del 26/09/2019 Art. 93 D.Lgs. 36/2023 Art. 108 del D. Lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che i membri della Commissione giudicatrice possano favorire uno degli operatori economici interessati alla procedura	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	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 rilasciate nell'anno dai membri della commissione giudicatrice / N° membri commissione giudicatrice per ogni gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
14	Valutazione delle offerte tecniche ed economiche 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 i criteri e le formule indicati nella lettera di invito. Successivamente, in seduta pubblica, la Commissione giudicatrice procede: - a dare lettura dei punteggi tecnici attribuiti alle singole offerte tecniche e ad inserirli sul sistema telematico di negoziazione; - ad aprire l'offerta economica dei concorrenti ammessi; - ad approvare le offerte regolari e conformi alle prescrizioni della lettera di invito; - a generare la classifica di gara.	Componenti titolari e supplenti della Commissione giudicatrice	Lettera di invito (lex specialis di gara) D. Lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che i membri della Commissione giudicatrice possano favorire uno degli operatori economici interessati alla procedura	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	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 rilasciate nell'anno dai membri della commissione giudicatrice / N° membri commissione giudicatrice per ogni gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
15	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 l'offerta economicamente più vantaggiosa), il Seggio di gara/Commissione giudicatrice riprende la seduta pubblica di gara per aprire le offerte economiche, verificarne la regolarità, formare la classifica di gara, formulare la proposta di aggiudicazione in favore della migliore offerta risultata non anomala e redigere il verbale della seduta pubblica di gara. Con questa fase terminano le funzioni del Seggio di gara/Commissione giudicatrice che, nel caso in cui la migliore offerta sia risultata non anomala, provvede a trasmettere, con apposita nota, alla SOC Appalti e supporto amministrativo, i dati relativi al concorrente primo classificato la cui offerta è risultata congrua e i verbali delle sedute di gara, per gli adempimenti connessi con l'aggiudicazione della procedura. Nel caso di procedure aggiudicate con il criterio del prezzo più basso è obbligatorio dare applicazione all'esclusione automatica delle offerte prevista dall'articolo 54 del D.lgs. 36/2023 e relativo Allegato II.2, se il numero delle offerte ammesse è pari o superiore a cinque. In tal caso, il Seggio di gara calcola la soglia di anomalia secondo il metodo indicato nella Lettera di invito tra quelli previsti dall'Allegato II.2 al Codice. I calcoli per determinare la soglia di anomalia sono svolti mediante il sistema telematico di negoziazione. L'esclusione automatica delle offerte che risultano pari o superiori alla soglia di anomalia. Il seggio di gara procede a formulare proposta di aggiudicazione in favore del concorrente che ha presentato l'offerta più vicina per difetto alla soglia stessa.	Seggio di gara Commissione giudicatrice	Lettera di invito (lex specialis di gara) Art. 54 D.Lgs. 36/2023 Allegato II.2 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che i membri della Commissione giudicatrice possano favorire uno degli operatori economici interessati alla procedura	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'utilizzo di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio	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 rilasciate nell'anno dai membri della commissione giudicatrice / N° membri commissione giudicatrice per ogni gara	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
16	Verifica della congruità dell'offerta	Nel caso delle procedure aggiudicate con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, all'esito del controllo delle offerte economiche dei concorrenti ammessi e alla formazione automatica della classifica di gara, si procederà con il sub procedimento di verifica di congruità sulla prima offerta in classifica risultata potenzialmente anomala. Nel caso di procedure aggiudicate con il criterio del prezzo più basso, qualora il numero delle offerte ammesse sia inferiore a cinque, il RUP può decidere di valutare la congruità di ogni offerta che, in base ad elementi specifici, appaia anormalmente bassa. Il sub procedimento di verifica dell'anomalia prevede la presentazione delle giustificazioni da parte della stazione appaltante, la valutazione delle stesse da parte del RUP, eventualmente supportato dalla Commissione Giudicatrice e, infine, l'esito della valutazione con giudizio di congruità dell'offerta (con conseguente formulazione della proposta di aggiudicazione in favore dell'operatore che ha presentato tale offerta) oppure di un giudizio di non congruità, supportato da una rigorosa ed analitica motivazione da parte della stazione appaltante (con conseguente adozione di un atto di esclusione dell'offerta ritenuta anomala).	Responsabile Unico del Procedimento supportato, se previsto, da commissione nominata ad hoc	Art. 108 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che il RUP possa favorire o sfavorire un operatore economico presente sul mercato	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio 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 del RUP della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento							X		N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RUP / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
17	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 se non effettuata in sede di verifica di congruità dell'offerta): il Responsabile del Procedimento di gara, per conto del RUP, richiede 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; 2) IDONEITA' TECNICO PROFESSIONALE: il Responsabile del Procedimento di gara, per conto del RUP, richiede per iscritto, e assegna all'operatore economico un termine non inferiore a 7 giorni, per la presentazione della documentazione (DVR, RSPP, medico competente, formazione dei lavoratori in materia di sicurezza e salute ai sensi dell'articolo 37 del D.lgs. 81/2008) utile a dimostrare il possesso dei requisiti tecnico professionali dell'operatore economico; 3) POSSESSO DEI REQUISITI DI ORDINE GENERALE E SPECIALE: il personale amministrativo della stazione appaltante effettua d'ufficio o tramite il Fascicolo Virtuale dell'Operatore Economico (FVOE) dell'ANAC le verifiche sull'assenza dei motivi di esclusione di cui agli artt. 94 e 95 del D. Lgs. 36/2023 e le verifiche sul possesso dei requisiti di cui all'art.100 del medesimo D. Lgs. 4) VERIFICA ANTIMAFIA: il personale amministrativo della stazione appaltante, tramite consultazione telematica della Banca Dati Nazionale della Documentazione Antimafia (BDNA), prima della stipula del contratto, acquisisce la comunicazione antimafia ai fini di accertare la sussistenza o meno di una delle cause di decadenza, di sospensione o di divieto di cui all'art. 67 del D. Lgs. 159/2011.	Responsabile del Procedimento di gara RUP Personale amministrativo assegnato alla SOC Appalti e supporto amministrativo	Art. 110 D.Lgs. n.36/2023 Art. 16 L.R.T. 38/2007 D.Lgs. 81/2008 Tabelle vigenti di cui al Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali CCNNLL Artt. 94, 95 e 100 D.Lgs. 36/2023 D.lgs. 159/2011 D.P.C.M. 193/2014 FVOE di ANAC BDNA	Nessuno																			
18	Determina di aggiudicazione immediatamente efficace	Il RUP verificato con esito positivo il costo della manodopera indicato in sede di offerta dal concorrente a favore del quale è stata formulata proposta di aggiudicazione e verificata l'idoneità tecnico-professionale ai sensi dell'art. 16 della L.R.T. 38/2007, come da check list predisposte dalla stazione appaltante, trasmette il verbale di esito al Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo che, conclude con esito positivo le verifiche sul possesso dei requisiti di ordine generale e speciale di cui agli artt. 94, 95 e 100 del D.Lgs. n. 36/2023, provvede all'aggiudicazione con determinazione dirigenziale e all'invio, entro cinque giorni dal predetto atto, delle comunicazioni relative all'aggiudicazione previste dall'art. 90, co. 1, lett. b) e c) del D. Lgs. 36/2023. Qualora le suddette verifiche abbiano dato esito negativo, il Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo procede con l'esclusione dell'offerta revocando la proposta di aggiudicazione e comunicando l'esclusione al concorrente stesso, e procede allo scorrimento della graduatoria e alle verifiche sul secondo concorrente in classifica. Nel caso in cui il RUP dichiara con propria nota l'urgenza dell'affidamento in questione, l'avvio del servizio può essere disposto nelle more della stipula del contratto ai sensi dell'art. 17, commi 8 e 9, del D.lgs. 36/2023.	Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo Personale amministrativo in forza alla stessa struttura RUP	Art. 17 D.Lgs. 36/2023	Esiste il rischio potenziale che la procedura venga alterata per avvantaggiare un operatore economico	Eccessiva complessità dei processi Mancanza di controllo di 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	Definizione di una check list per la verifica della completezza e dell'adeguatezza degli atti	X							X	Definizione di una check list per la verifica della completezza e dell'adeguatezza degli atti (SI/NO)	SI	RESP	31/12/2024			
19	Stipula del contratto	La stipula del contratto deve avere luogo, ai sensi dell'art.18, comma 2, del D. Lgs. 36/2023, entro 60 giorni dall'avvenuta aggiudicazione efficace. Al fine di addivenire alla stipula del contratto l'aggiudicatario deve preliminarmente presentare la documentazione prevista nella lettera di invito (garanzia definitiva, polizza assicurativa, tracciabilità finanziaria, documenti per la sicurezza etc...). Entro cinque giorni dalla stipula, il personale amministrativo della Stazione appaltante provvede a darne comunicazione a tutti gli offerenti con apposite note, come previsto all'art. 90, co. 1, lett. e) del D.Lgs.36/2023.	Direttore SOC Appalti e supporto amministrativo Personale amministrativo in forza alla stessa struttura	Art. 18, comma 2 del D.Lgs. 36/2023 Art. 90, co. 1, lett. e) del D.Lgs.36/2023	Esiste il rischio che le fasi successive della procedura di affidamento siano condizionate dalla presenza di conflitto di interessi dell'operatore economico	Presenza di 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 economico affidatario della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ciascuna procedura di affidamento							X		N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dall'operatore economico / N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
20	Avviso relativo all'appalto aggiudicato	Al sensi dell'art. 50, comma 9, del 36/2023, il Direttore della SOC Appalti e supporto amministrativo, avvalendosi del personale amministrativo della Stazione appaltante, pubblica sulla Banca dati nazionale dei contratti pubblici su Amministrazione trasparente e sull'Osservatorio 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. 50, comma 9 del D.Lgs. 36/2023	Nessuno																			
21	Pubblicazione	Pubblicazione della documentazione inerente la procedura sulla Banca dati nazionale dei contratti pubblici e sul sito Amministrazione Trasparente, in conformità alle indicazioni di ANAC.	RUP	Delibera DG 377 del 24/03/2022 Art. 27 D.Lgs. 36/2023	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:	Sabrina Mutolo
Struttura del RESP:	SOS Patrimonio Mobiliare
Data di aggiornamento:	11/01/2024

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 Associazioni no profit Ditte specializzate in smaltimento beni mobili

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
ARETEC006 - Dismissione, alienazione e donazioni beni mobili di proprietà - 11/01/2024																					
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 – Valutazione dei rischi					2.3 – Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifica di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Ricevimento proposta di fuori uso del bene da parte della struttura competente	La SOS Patrimonio Mobiliare riceve la proposta di fuori uso del bene da parte della struttura consegnataria: - nel caso di un bene sanitario è necessario che la struttura richieda il parere della HTA che viene poi inviato alla SOS Patrimonio Mobiliare unitamente alla proposta di fuori uso. Nel caso in cui il bene non sia riparabile, il parere tecnico è fornito dalle Le Tecnologie Sanitarie di Estar; - per i beni non sanitari ma di tipo tecnico, è necessario che la struttura richieda il parere della dell'Area Tecnica – manutenzioni immobili che viene poi inviato alla SOS Patrimonio Mobiliare unitamente alla proposta di fuori uso; - per i beni informatici la proposta di fuori uso viene inviata alla SOS Patrimonio Mobiliare dalla struttura aziendale dei Progetti Tecnologici o comunque la struttura consegnataria deve richiedere il parere alla SOS Progetti Tecnologici e poi inviarlo alla SOS Patrimonio Mobiliare; - per tutti gli altri beni il processo è gestito all'interno della SOS Patrimonio Mobiliare che decide se coinvolgere altre strutture per un parere in merito. La SOS Patrimonio Mobiliare effettua periodicamente una ricognizione del patrimonio aziendale anche al fine di individuare eventuali beni per i quali proporre il Fuori Uso.	Direttore della SOS Patrimonio Mobiliare	procedura interna: PAC 106 – Inventariazione ciclica PAC 104.1 dismissione e furti	Nessuno																
2	Valutazione Direttore della SOS Patrimonio Mobiliare	La SOS Patrimonio Mobiliare, unitamente alle varie strutture aziendali competenti (SOC Approvvigionamento beni e servizi, HTA, SOC Manutenzione Immobili, SOC Organizzazione e progetti tecnologici etc.) valuta se il bene per il quale è stato proposto il Fuori Uso è: 1) riutilizzabile; 2) inadeguato; 3) inservibile e privo di qualsiasi valore residuo di mercato e/o d'uso.	Direttore della SOS Patrimonio Mobiliare	procedure interne: PAC 104.1 dismissione e furti PAC 104.2 Alienazioni beni mobili	Nessuno																
3	Gestione beni riutilizzabili	Il bene dichiarato riutilizzabile viene collocato in ambienti idonei di stoccaggio in attesa di un successivo riutilizzo all'interno dei processi produttivi aziendali per un tempo massimo di sei mesi, trascorsi i quali, si avviano le procedure di alienazione/donazione/rottamazione.	Direttore della SOC Patrimonio	procedure interne: PAC 104.1 dismissione e furti PAC 104.2 Alienazioni beni mobili	Nessuno																
4	Gestione beni inadeguati ma con valore residuo di mercato e/o d'uso	In caso di bene inadeguato ma con valore residuo di mercato e/o d'uso, vengono avviate le procedure per l'alienazione tramite asta pubblica con prezzo stabilito in collaborazione con soggetti interni competenti per la tipologia di bene in questione (p.e. HTA; Dipartimento Area tecnica, SOC Manutenzioni immobili; SOC Approvvigionamento beni e servizi, etc...) Per i beni non alienati tramite asta pubblica o per i beni inadeguati ma privi di valore di mercato, si procede alla donazione sempre con asta pubblica. Per avviare la procedura di alienazione e/o donazione viene adottata una deliberazione del Direttore Generale. In caso di infruttuoso tentativo di alienazione e/o donazione, i beni vengono avviati a smaltimento/rottamazione.	Direttore della SOS Patrimonio Mobiliare	Procedure interne: PAC 104.1 Dismissione e furti PAC 104.2 Alienazioni beni mobili PAC 105 Donazioni beni mobili aziendali a favore di terzi	Esiste il rischio di determinare un valore di mercato troppo basso favorendo le ditte/privati interessati all'acquisto che avranno la possibilità di acquisire il bene ad un prezzo inferiore al suo valore effettivo.	Presenza di discrezionalità nella definizione del prezzo di mercato	Basso	Il rischio risulta basso perché la probabilità di accadimento è bassa dato che l'individuazione del valore residuo è svolta in maniera collegiale quando questo è pari o superiore a €5000. L'impatto economico/reputazionale si può ritenere basso perché i beni in questione, in generale, hanno terminato il periodo di ammortamento per cui a bilancio hanno un valore pari a zero o minimo (comunque inferiore al prezzo di vendita). Inoltre, se non alienati, dovrebbero essere distrutti pagando la ditta per lo smaltimento	Per i beni che hanno un valore residuo di mercato pari o superiore a €5000, tale valore e i soggetti aziendali che lo hanno definito devono essere indicati nella delibera del Direttore Generale di approvazione del bando di alienazione	X							X	Per i beni che hanno un valore residuo di mercato pari o superiore a €5000, tale valore e i soggetti aziendali che lo hanno definito devono essere indicati nella delibera del Direttore Generale di approvazione del bando di alienazione (SI/NO).	SI	RESP	31/12 di ogni anno
5	Gestione beni inservibili e privi di qualsiasi valore di mercato e/o d'uso	In caso di bene inservibile e privo di qualsiasi valore di mercato e/o d'uso, o di bene inadeguato per il quale le procedure di donazione e/o alienazione non sono andate a buon fine, viene attivato il percorso di rottamazione tramite conferimento a ditte specializzate di smaltimento beni mobili, individuate con apposita gara del soggetto aggregatore o di ESTAR e la cui gestione del contratto è affidata alla SOS Ecomanagement.	Direttore della SOS Patrimonio Mobiliare Ecomanagement aziendale	procedure interne: PAC 104.1 dismissione e furti PAC 104.2 Alienazioni beni mobili	Nessuno																
6	Registrazione fuori uso per i beni inadeguati e/o inservibili	Una volta espletate le procedure di cui sopra per i beni non riutilizzabili, e quindi inadeguati e/o inservibili, se ne registra il Fuori Uso nel registro inventario con conseguente aggiornamento dello Stato patrimoniale aziendale.	Direttore della SOS Patrimonio Mobiliare	procedure interne: PAC 104.1 dismissione e furti PAC 104.2 Alienazioni beni mobili	Nessuno																

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

Nome del processo:	Organizzazione e monitoraggio della chirurgia in erogazione congiunta
Area di rischio:	Attività sanitarie non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	DIRSAN001
DIR:	Simona Dei
Struttura del DIR:	Direzione Sanitaria Aziendale
RESP:	Felicia Zaccardi
Struttura del RESP:	SOS Verifica della Qualità delle Prestazioni Erogate
Data di aggiornamento:	20/11/2023

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Aziendale	Richiesta di attivazione chirurgia in erogazione congiunta	Il processo si occupa di organizzare e monitorare l'erogazione di percorsi chirurgici congiunti presso strutture accreditate per favorire lo scorrimento delle liste di attesa e consentire l'erogazione delle prestazioni chirurgiche in condizioni emergenziali (vedasi emergenza Covid19).	Report di monitoraggio attività chirurgia in erogazione congiunta	SOS Esecuzione convenzioni privato accreditato

2 – ANALISI DEL PROCESSO																				
DIRSAN001 - Organizzazione e monitoraggio della chirurgia in erogazione congiunta - 20/11/2023																				
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	Richiesta di attivazione	A seguito della richiesta di attivazione di una nuova attività di chirurgia in erogazione congiunta da parte della Direzione Aziendale, la SOS Verifica della Qualità delle prestazioni eroga incontri con i professionisti aziendali (chirurghi) e le direzioni sanitarie delle strutture convenzionate/accreditate per l'organizzazione del percorso chirurgico congiunto.	Direttore SOS Verifica della Qualità delle prestazioni eroga	DGRT 1062/2011 Delibera Ausl 262 del 2021	Nessuno															
2	Ricezione esiti sopralluoghi presso le strutture convenzionate/accreditate	La SOS Verifica della qualità delle prestazioni eroga riceve, dai professionisti chirurgici coinvolti nell'organizzazione del percorso, gli esiti dei sopralluoghi effettuati presso le strutture convenzionate/accreditate al fine di verificare l'adeguatezza strutturale e strumentale delle sale operatorie e dei reparti.	Direttore SOS Verifica della Qualità delle prestazioni eroga	DGRT 1062/2011 Delibera Ausl 262 del 2021	Nessuno															
3	Richiesta attivazione software e supporto informatico	All'esito positivo dei controlli, la SOS Verifica della Qualità delle prestazioni eroga invia all'ufficio progetti tecnologici dello Staff DG, la richiesta di attivazione dei software necessari (accettazione, ADT, cartella clinica, registro operatorio) presso le strutture convenzionate/accreditate individuate. La SOS interviene anche per attivare eventuali successive richieste di supporto informatico.	Direttore SOS Verifica della Qualità delle prestazioni eroga	DGRT 1062/2011 Delibera Ausl 262 del 2021	Nessuno															
4	Monitoraggio delle prestazioni	La SOS Verifica della Qualità delle prestazioni eroga riceve da parte delle strutture convenzionate/accreditate i report relativi all'attività svolta, ne verifica la correttezza e la congruenza con quanto registrato dagli specialisti chirurgici nei software aziendali.	Direttore SOS Verifica della Qualità delle prestazioni eroga	DGRT 1062/2011 Delibera Ausl 262 del 2021	Nessuno															
5	Invio esiti monitoraggio	L'esito del monitoraggio descritto nella fase precedente viene inviato a mezzo mail alla SOS Esecuzione convenzioni privato accreditato per i successivi adempimenti (es. liquidazione).	Direttore SOS Verifica della Qualità delle prestazioni eroga	DGRT 1062/2011 Delibera Ausl 262 del 2021	Nessuno															

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

Nome del processo:	Gestione centralizzata aziendale dei percorsi di continuità ospedale-territorio
Area di rischio:	Rapporti con soggetti erogatori
Processi connessi:	
Codice:	DIRSAN002
DIR:	Simona Dei
Struttura del DIR:	Direzione Sanitaria Aziendale
RESP:	Giuseppina Perillo
Struttura del RESP:	SOS Continuità Ospedale Territorio e Pianificazione Post Acuzie
Data di aggiornamento:	29/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Presidi Ospedalieri Servizi territoriali Strutture private convenzionate che gestiscono attività di ricovero per acuti e post-acuti	Inserimento segnalazione su software SACOT	Il processo si occupa di gestire in maniera centralizzata per tutta l'Azienda USL Toscana Centro l'inserimento dei pazienti nei percorsi di continuità ospedale territorio	Inserimento utente nei setting residenziali post acuzie	Utenti ricoverati negli ospedali e nelle strutture private convenzionate del territorio dell'Area Vasta Centro e utenti della Azienda USI Toscana Centro provenienti dal domicilio o ricoverati in ospedali o strutture private convenzionate fuori dall'Area Vasta Centro

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
DIRSAN002 - Gestione centralizzata aziendale dei percorsi di continuità ospedale-territorio - 29/01/2024																					
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 segnalazione	Il coordinamento dimissioni complesse aziendale (CDCA), di cui il Direttore della SOS Continuità Ospedale Territorio e Pianificazione Post Acuzie è il coordinatore medico, riceve le segnalazioni inserite nel software SACOT dalle strutture ospedaliere, dalle strutture convenzionate o dai servizi territoriali.	Coordinamento dimissioni complesse aziendale	DGRT 679/2016 Delibera DG 950/2017 DGRT 995/2018	Nessuno																
2	Valutazione della segnalazione	Il CDCA verifica la completezza delle informazioni contenute nella richiesta e la congruità delle stesse rispetto al percorso di continuità ospedale territorio richiesto. In caso di informazioni incomplete o di richiesta non congrua, si provvede a contattare la struttura inviante per richiedere integrazioni o modifiche della segnalazione.	Coordinamento dimissioni complesse aziendale	DGRT 679/2016 Delibera DG 950/2017 DGRT 995/2018	Nessuno																
3	Assegnazione alla struttura/lista di attesa	Una volta definito il percorso appropriato e completata la compilazione dell'apposita scheda sul software SACOT, il CDCA provvede ad assegnare il posto letto presso la struttura post-acuzie che eroga il tipo di percorso richiesto. Viene altresì definito il periodo di permanenza del paziente presso la struttura individuata. L'assegnazione viene effettuata sempre su software SACOT ed è visibile a tutti i soggetti coinvolti (inviante, struttura post acuzie, CDCA). In caso di assenza di immediata disponibilità di posti letto in strutture idonee in relazione al setting richiesto, il paziente viene inserito in lista di attesa. I criteri di assegnazione (validi anche per gli utenti inseriti in lista di attesa) sono: - data di dimissione paziente prevista dall'ospedale (in caso di assenza di posti letto disponibili il paziente resta in regime di ricovero fino a nuova disponibilità); - ordine di ricezione della segnalazione (a parità di data di dimissione prevista) - vicinanza della struttura al domicilio sanitario del paziente, anche al fine di favorire l'accesso da parte dei familiari/persona che assistono - eventuali richieste specifiche inoltrate dal segnalante ai fini della continuità assistenziale (ad es personale della struttura che già aveva in cura il paziente); - dimissibilità verificata contattando il reparto; - eventuali specificità clinico assistenziali che orientano il percorso presso una determinata struttura erogante (es. dialisi, ventilazione, trattamento con TPN) - priorità organizzative condivise con la Direzione Aziendale e il Bed Manager Aziendale finalizzate all'ottimizzazione dei flussi dei pazienti, in particolare nelle situazioni di criticità quali iperafflusso e boarding.	Coordinamento dimissioni complesse aziendale	DGRT 679/2016 Delibera DG 950/2017 DGRT 995/2018	Esiste il rischio che i membri del CDCA nel definire la struttura di assegnazione attribuiscono un vantaggio non dovuto ad una struttura privata accreditata	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso in quanto i criteri di assegnazione sono stringenti e la discrezionalità è bassa. L'impatto economico/reputazionale si può considerare basso.													
4	Eventuale richiesta proroga o cambio di setting	Qualora fosse necessario, la struttura presso la quale il paziente è assegnato, al termine del periodo autorizzato, può richiedere una proroga del percorso o un cambio di setting (rientro a domicilio con prestazioni domiciliari e/o ambulatoriali, trasferimento da setting riabilitativi a setting assistenziali, ecc). La richiesta viene inserita sempre sul software SACOT ed è soggetta allo stesso iter della prima segnalazione, eventualmente integrato con consulenze specialistiche al fine di verificare la congruità della richiesta.	Coordinamento dimissioni complesse aziendale	DGRT 679/2016 Delibera DG 950/2017 DGRT 995/2018	Nessuno																

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

Nome del processo:	Consulenza psicologica in reparto ospedaliero
Area di rischio:	Attività sanitarie non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	DIRSAN003
DIR:	Simona Dei
Struttura del DIR:	Direzione Sanitaria
RESP:	Glenda Bertini
Struttura del RESP:	SOS Psicologia Clinica
Data di aggiornamento:	17/11/2023

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Reparti ospedalieri	Richiesta di consulenza	Il processo si occupa di gestire le richieste di consulenza che pervengono dai reparti ospedalieri per pazienti in regime di ricovero.	Consulenza psicologica	Utenti in regime di ricovero

2 – ANALISI DEL PROCESSO																				
DIRSAN003 - Consulenza psicologica in reparto ospedaliero - 17/11/2023																				
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	Ricezione richiesta	L'operatore della SOS Psicologia Clinica visualizza sull'apposito applicativo Argos le richieste di consulenza inserite dai reparti ospedalieri con eventuale indicazione di urgenza della prestazione.	Operatore della SOS Psicologia Clinica	Normativa nazionale e regionale di riferimento	Nessuno															
2	Presenza in carico	L'operatore della SOS Psicologia Clinica prende in carico la richiesta e registra sul portale Argos data e ora della presunta esecuzione della consulenza. L'ordine di presa in carico è determinato dalla priorità indicata nella richiesta; a parità di priorità indicata dal medico richiedente, viene seguito l'ordine cronologico di arrivo delle richieste.	Operatore della SOS Psicologia Clinica	Normativa nazionale e regionale di riferimento	Nessuno															
3	Esecuzione consulenza	L'operatore della SOS Psicologia Clinica si reca in reparto per l'esecuzione della consulenza e registra su Argos la sua esecuzione. Sempre sull'applicativo Argos vengono registrati gli esiti della consulenza ed eventuali richieste di trattamenti da eseguire in sede di Presidio Ospedaliero o di rete territoriale ASL.	Operatore della SOS Psicologia Clinica	Normativa nazionale e regionale di riferimento	Nessuno															
4	Eventuali controlli successivi	Qualora l'operatore della SOS Psicologia Clinica lo ritenga necessario può eseguire ulteriori controlli successivi alla consulenza, indicandoli nell'apposita sezione dell'applicativo Argos.	Operatore della SOS Psicologia Clinica	Normativa nazionale e regionale di riferimento	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:	DIRSAN004
DIR:	Simona Dei
Struttura del DIR:	Direzione Sanitaria
RESP:	Felicia Zaccardi
Struttura del RESP:	SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate
Data di aggiornamento:	23/01/24

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Regione Toscana	Campione delle cartelle cliniche da valutare	Verificare l'appropriatezza delle prestazioni di ricovero erogate dalla Case di Cura private in convenzione con Ausl Toscana Centro sulla base di quanto stabilito dalla relativa delibera regionale.	Verbali dei controlli effettuati Dati su software Gauss	Regione Toscana Direzione Sanitaria Aziendale e Direzione Amministrativa

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
DIRSAN004 - Controlli su strutture accreditate (Ricoveri) - 23/01/2024																					
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 del campione	Trimestralmente la SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate scarica dal software Gauss il campione delle cartelle cliniche da valutare, redatto dalla Regione Toscana, sulla base del Piano annuale dei controlli regionale. Il Direttore della SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate invia con preavviso di almeno 7-10 giorni alle strutture accreditate il campione delle cartelle da verificare.	Direttore della SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate	Legge 41/1990 DPR 62/2013 Delibera Regione Toscana 191/2016 Procedura Aziendale PA-STDS-04 "Organizzazione delle attività di verifica della qualità delle prestazioni erogate dal privato accreditato"	Nessuno																
2	Acquisizione e controllo della documentazione	La commissione, formata dal Direttore della SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate e da altri collaboratori che fanno parte del Team Area Vasta Centro, si reca presso la struttura sanitaria accreditata per esaminare le cartelle cliniche da sottoporre a controllo. I soggetti incaricati effettuano il controllo delle cartelle cliniche dei ricoveri, sulla base di quanto stabilito dalla delibera regionale e della procedura aziendale PA-STDS-04, per esempio verificando la corretta codifica della scheda di dimissione ospedaliera e la qualità della documentazione clinica. Come previsto dalla procedura aziendale, tutti i soggetti coinvolti nell'attività di controllo devono rilasciare la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto alle strutture sottoposte a controllo.	Direttore della SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate Collaboratori del Team AV Centro nominati dal Direttore Sanitario Aziendale (come da comunicazione ufficiale alla Regione Toscana prot. n. 52705 del 15 luglio 2022)	Legge 41/1990 DPR 62/2013 Delibera Regione Toscana 191/2016 Procedura Aziendale PA-STDS-04 "Organizzazione delle attività di verifica della qualità delle prestazioni erogate dal privato accreditato"	Esiste il rischio che i membri della commissione alterino l'esito del controllo al fine di favorire/sfavorire una struttura soggetta a vigilanza	Presenza di conflitti di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e il livello economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte di tutti i membri della commissione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi rilasciate dai membri della commissione/ N° di soggetti coinvolti nell'esecuzione dei controlli	100%	RESP	31/12 di ogni anno
3	Rendicontazione	Il Direttore della SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate, o suo delegato, redige un verbale contenente gli esiti dei controlli ed eventuali miglioramenti richiesti. Il verbale viene inviato alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Amministrativa per gli opportuni provvedimenti. Inoltre, gli esiti dei controlli vengono inseriti sull'apposito applicativo Gauss.	Direttore della SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate o suo delegato	Legge 41/1990 DPR 62/2013 Delibera Regione Toscana 191/2016 Procedura Aziendale PA-STDS-04 "Organizzazione delle attività di verifica della qualità delle prestazioni erogate dal privato accreditato"	Nessuno																

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

Nome del processo:	Controlli su strutture accreditate (Ambulatoriale)
Area di rischio:	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Processi connessi:	
Codice:	DIRSAN005
DIR:	Simona Dei
Struttura del DIR:	Direzione Sanitaria
RESP:	Felicia Zaccardi
Struttura del RESP:	SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate
Data di aggiornamento:	23/01/24

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Sanitaria Aziendale	Richiesta di controllo	Verificare l'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private in convenzione con Ausl Toscana Centro.	Verbali dei controlli effettuati	Direzione Sanitaria Aziendale Struttura privata convenzionata

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
DIRSAN005 - Controlli su strutture accreditate (Ambulatoriale) - 23/01/2024																					
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 controllo	La SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate riceve dalla Direzione Sanitaria la richiesta di controllo, a seguito di eventuali criticità rilevate dalla uffici Urp e/o dagli uffici Ausl deputati al controllo dei volumi economici dei tetti deliberati per il privato accreditato.	Direttore della SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate	Legge 41/1990 DPR 62/2013 Procedura Aziendale PA-STDS-04 "Organizzazione delle attività di verifica della qualità delle prestazioni erogate dal privato accreditato"	Nessuno																
2	Effettuazione del controllo	Il controllo viene effettuato, sulla base di quanto stabilito dalla procedura aziendale PA-STDS-04, dal Direttore della SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate affiancato da uno o più collaboratori aziendali del Team Area Vasta Centro, che si recano presso gli ambulatori per valutare le modalità di erogazione della prestazione, i percorsi dell'utenza, la qualità dei referti. Come previsto dalla procedura aziendale, tutti i soggetti coinvolti nell'attività di controllo devono rilasciare la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto alle strutture sottoposte a controllo.	Direttore della SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate Collaboratori del Team AV Centro nominati dal Direttore Sanitario Aziendale (come da comunicazione ufficiale alla Regione Toscana prot. n. 52705 del 15 luglio 2022)	Legge 41/1990 DPR 62/2013 Procedura Aziendale PA-STDS-04 "Organizzazione delle attività di verifica della qualità delle prestazioni erogate dal privato accreditato"	Esiste il rischio che i componenti del gruppo di controllo alterino l'esito del procedimento al fine di favorire/sfavorire una struttura soggetta a vigilanza	Presenza di conflitti di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e il livello economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte di tutti i soggetti coinvolti nell'esecuzione dei controlli della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto alle strutture sottoposte a controllo.								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi rilasciate dai soggetti coinvolti / N° di soggetti coinvolti nell'esecuzione dei controlli	100%	RESP	31/12 di ogni anno
3	Rendicontazione	Il Direttore della SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate o suo delegato redige un verbale contenente gli esiti del controllo ed eventuali miglioramenti richiesti. Il verbale viene inviato alla Struttura in convenzione e alla Direzione Sanitaria Aziendale per gli opportuni provvedimenti, se dovuti.	Direttore della SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate o suo delegato	Legge 41/1990 DPR 62/2013 Procedura Aziendale PA-STDS-04 "Organizzazione delle attività di verifica della qualità delle prestazioni erogate dal privato accreditato"	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, Lucia Bonistalli
Struttura del RESP:	SOC Farmacia territoriale I, SOC Farmacia Territoriale II
Data di aggiornamento:	08/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Generale Comuni Autorità Giudiziaria ASL NAS Regione Toscana Cittadini	Obiettivi di struttura Normativa vigente Richiesta pareri da parte dell'Autorità Sanitaria Locale (Sindaco) 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 NAS

2 – ANALISI DEL PROCESSO																									
FARMAC003 - Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie - 08/01/2024																									
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 della SOC Farmacia Territoriale I Direttore della SOC Farmacia Territoriale II	Legge RT 16/2000 DGRT 703/2022	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 per l'approvazione. Le farmacie e i depositi da sottoporre a controllo sono individuati 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) 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 nell'individuazione degli esercizi ispezionati. Le visite ispettive vengono effettuate compatibilmente con la dotazione del personale, del tempo necessario ad espletare le verifiche ispettive e della numerosità degli esercizi.	Direttore della SOC Farmacia Territoriale I Direttore della SOC Farmacia Territoriale II Presidenti delle commissioni di zona, individuati tra il personale delle SOC Farmacia Territoriale esperto in materia, per ciascuna delle zone in cui è stato suddiviso il territorio della ASL TC	Legge RT 16/2000 DGRT 703/2022	Esiste il rischio che i Presidenti delle commissioni di zona possano favorire o sfavorire uno dei soggetti controllati non rispettando i criteri di programmazione	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media vista l'approvazione della programmazione da parte del Direttore di struttura; inoltre l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio annuale da parte dei Presidenti delle commissioni al Direttore di struttura di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto ai possibili destinatari dei controlli									X	N° dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rese dai Presidenti delle commissioni nell'anno / N° di Presidenti delle commissioni nominati	100%	RESP		31/12 di ogni anno		
3	Istruttoria ed esecuzione del controllo	In caso di ispezioni sulle farmacie, l'amministrativo afferente alla SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica, controlla nell'archivio farmacie, la documentazione presente agli atti in relazione alla Farmacia oggetto della successiva ispezione. Riporta sul verbale i riferimenti ricavati da detta documentazione (es. autorizzazione all'esercizio, ragione sociale etc.). Evidenzia al Presidente della commissione eventuali annotazioni riportate nel precedente verbale e fornisce la documentazione necessaria per l'ispezione (es. planimetria locali, organico personale, autorizzazione autodiagnostica). Per le altre tipologie di ispezioni, l'istruttoria viene svolta direttamente dai membri della commissione individuati per il controllo. Al termine dell'ispezione viene redatto apposito verbale sottoscritto da tutti i membri della Commissione che hanno partecipato al controllo e dal Direttore/Legale rappresentante della farmacia/deposito/parafarmacia. Il verbale farmacie è redatto su apposito modello della Regione Toscana (DGRT 1008/2021). Per depositi e parafarmacie è in uso un modello standard di AUJSL TC redatto seguendo la normativa.	Commissione di zona definita da delibera ASL n. 520 del 29/04/2021 e successivi aggiornamenti sulla composizione	Verbale farmacie modello Regione Toscana (DGRT 1008/2021). Per depositi e parafarmacie è in uso un modello standard di AUJSL TC redatto seguendo la normativa DGRT 703/2022 Delibera ASL TC 620/2021	Esiste il rischio che il Presidente e i componenti delle commissioni possano favorire o sfavorire uno dei soggetti controllati falsando gli esiti del controllo.	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media, data la collegialità della decisione; inoltre l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio annuale da parte dei componenti delle commissioni al Direttore di struttura di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto ai possibili destinatari dei controlli									X	N° dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rese dai membri delle commissioni nell'anno / N° di membri delle commissioni nominati	100%	RESP		31/12 di ogni anno		
4	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 di inviare 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.).	Presidente della Commissione di zona con il supporto del Personale Amministrativo afferente alla SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica	Articolo n. 16 e 18 della legge 689/81 Articolo n. 8 e 10 della legge R.T. n. 81/2000 DGRT 703/2022	Nessuno																				
5	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.	Presidente della Commissione di zona con il supporto del Personale Amministrativo afferente alla SOS Servizi Amministrativi per la Farmaceutica	Nessuno	Nessuno																				

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Distribuzione diretta dei farmaci
Area di rischio:	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
Processi connessi:	
Codice:	FARMAC004
DIR:	Eleonora Pavone
Struttura del DIR:	Dipartimento del Farmaco
RESP:	Mario Pittorru, n.a.
Struttura del RESP:	SOS Farmacia di continuità Careggi, SOS Farmacia di continuità Firenze I ed Empoli, SOS Farmacia di continuità Il Punto Unico, SOS Farmacia di continuità Pistoia e Pescia, SOS Farmacia di continuità Prato
Data di aggiornamento:	08/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Presidi Ospedalieri Centri prescrittori MMG	Ricetta medica Piano terapeutico	Distribuzione, per il tramite dei punti di continuità, di farmaci: - a seguito di dimissione o visita ambulatoriale specialistica ospedaliera - a seguito di piano terapeutico specialistico - a seguito di piano terapeutico redatto da centri prescrittori per malattie rare - a seguito di richiesta del medico di famiglia per farmaci particolari - oggetto di specifiche delibere della Regione Toscana	Farmaco prescritto Ricetta medica Piano terapeutico	Pazienti con accesso ospedaliero, dimissione da ricovero o prestazione ambulatoriale. Dipartimento Amministrazione Pianificazione e Controllo di Gestione Fornitore del servizio di lettura ottica.

2 – ANALISI DEL PROCESSO																																
FARMAC004 - Distribuzione diretta dei farmaci - 08/01/2024																																
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	Acquisizione ricetta medica/piano terapeutico	Il farmacista ospedaliero addetto al punto di erogazione farmaci, presenti in quasi tutti gli ospedali (escluso IOT), acquisisce dall'utente la ricetta medica contenente la prescrizione del farmaco o il piano terapeutico ed effettua le verifiche relative al regime di fornitura: prescrivibilità, validità temporale, formalismi della ricetta/piano terapeutico. Nel caso di spedizione a domicilio, il punto erogazione farmaci riceve tramite mail dal reparto ospedaliero la prescrizione dematerializzata o il piano terapeutico WEB o la richiesta generata da registro AIFA, e redige tramite portale dedicato la bolla di consegna.	Farmacista ospedaliero addetto al punto di erogazione farmaci	Dlgs 539/92 DPR 309/90 Dlgs 219/06 Legge 405/01 DGR 135/02	Esiste il rischio che il farmacista consegni il farmaco in assenza dei requisiti formali della prescrizione/piano terapeutico per favorire il paziente	Conflitto di interessi del farmacista	Basso	Il rischio è stato valutato basso in quanto la probabilità di accadimento è bassa per l'esistenza di idonei controlli (vedi fase 6 e 8) e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso.																								
2	Verifica di appropriatezza	Il farmacista ospedaliero addetto al punto di erogazione farmaci verifica che la prescrizione sia spendibile controllando: classificazione farmaco, rispetto delle Note AIFA, coerenza con i Registri di monitoraggio, rispetto delle prescrizioni per farmaci esteri, rispetto dei criteri definiti nelle delibere regionali.	Farmacista ospedaliero addetto al punto di erogazione farmaci	L. 648/96 L. 135 e succ. Det AIFA 29/10/2004 all.2 DGR 394/2019 DGR 646/2019 D.M. 11/02/1997	Esiste il rischio che il farmacista consegni un farmaco in violazione dei criteri di rimborsabilità del SSN/SSR per favorire il paziente	Conflitto di interessi del farmacista	Basso	Il rischio è stato valutato basso in quanto la probabilità di accadimento è bassa per l'esistenza di idonei controlli (vedi fase 6 e 8) e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso.																								
3	Tracciabilità e registrazione	Il farmacista ospedaliero o l'operatore tecnico addetto ai punti di erogazione farmaci procede alle operazioni di registrazione/tracciabilità, quali: - Registrazione sul registro AIFA dove previsto dalla prescrizione; - Inserimento di tutte le prescrizioni sul programma EDF®, gestionale della distribuzione diretta, che prevede la registrazione delle generalità del paziente, del farmaco, delle quantità erogate ed in che data; - Sul programma EDF alimentazione dei Flussi Regionali FED e FES nonché del dato contabile.	Farmacista ospedaliero addetto al punto erogazione farmaci. Magazziniere/amministrativo	Regolamento (UE) 2016/679 D.Lgs. 101/2018	Nessuno																											
4	Consegna del farmaco al paziente	Il farmaco viene consegnato al paziente direttamente, negli sportelli della distribuzione diretta.	Farmacista ospedaliero addetto al punto erogazione farmaci.	L. 405/2001	Esiste il rischio che il farmacista consegni quantità superiori di farmaco rispetto a quelle indicate in ricetta/piano terapeutico per favorire il paziente	Conflitto di interessi del farmacista	Basso	Il rischio è stato valutato basso in quanto la probabilità di accadimento è bassa per l'esistenza di idonei controlli (vedi fase 6 e 8) e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso.																								
5	Spedizione del farmaco al domicilio del paziente	L'operatore tecnico allestisce il pacco destinato alla spedizione ed il farmacista controlla la prescrizione (vedere la sezione "Verifica indipendente ricette mediche/piani terapeutici"). Il pacco viene affidato ad un corriere aziendale o convenzionato o ad associazione di volontariato che consegnerà al domicilio del paziente.	Farmacista responsabile della spedizione	Dlgs 539/92 DPR 309/90 Dlgs 219/06 Legge 405/01 DGR 135/02	Nessuno																											
6	Verifica indipendente ricette mediche/piani terapeutici	Un farmacista, diverso da chi ha dispensato il farmaco al banco e diverso dall'operatore che ha allestito la spedizione, verifica la coerenza di quanto prescritto con quanto dispensato, verificando che tutti i controlli descritti nelle fasi 1 e 2 siano stati fatti.	Altro farmacista deputato al controllo	L. 648/96 L. 135 e succ. Det AIFA 29/10/2004 all.2 DGR 394/2019 DGR 646/2019 D.M. 11/02/1997	Nessuno																											
7	Archiviazione ricette e piani terapeutici	Le ricette e i piani terapeutici originali sono inizialmente archiviati e consultabili presso il punto di continuità e successivamente inviati al fornitore che si occupa dell'acquisizione dell'immagine del documento e di acquisire i dati in esso contenuti.	Magazziniere/amministrativo	Procedura interna dipartimentale	Nessuno																											
8	Controlli finali	In questa fase vengono effettuati i seguenti controlli: - Controllo relativo all'allineamento fra giacenze contabili e giacenze fisiche. Il controllo viene effettuato a fine anno in sede di inventario, durante l'anno per specifiche classi di prodotti ad alto costo e a campione. - Controllo della coerenza fra scarichi e prescrizioni a campione. Inoltre, la SOC Appropriatazza prescrittiva, in sede di analisi e monitoraggio delle prescrizioni, rileva eventuali disallineamenti fra l'erogato e le linee guida.	Farmacista ospedaliero Collega della ragioneria Revisori dei conti Operatore tecnico	Procedura interna dipartimentale Procedura aziendale inventario di fine anno	Nessuno																											

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

Nome del processo:	Approvvigionamento medicazioni avanzate fascia C ambulatorio III livello Wound Care Team
Area di rischio:	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
Processi connessi:	
Codice:	INFOST001
DIR:	Zoppi Paolo
Struttura del DIR:	Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica
RESP:	Mencucci Maristella
Struttura del RESP:	SOC Outsourcing appropriatezza consumi
Data di aggiornamento:	08/01/2024

1.2 – Descrizione si leggono pere colonna

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
SOC Controlling Ospedali SOC Contabilità Analitica	Dati relativi ai consumi dell'ambulatorio WCT	Il processo si occupa dell'approvvigionamento del materiale necessario alle medicazioni avanzate di fascia C e del relativo monitoraggio dell'appropriatezza dei consumi	Report e relazioni relativi ai consumi dell'ambulatorio WCT	Direttore del Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica

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:	08/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
CUP Specialisti dei reparti ospedalieri aziendali Agenzia Continuità Ospedale Territorio / Centro di Dimissioni Complesse Aziendale (ACOT/CDCA) Specialisti di struttura privata accreditata Strutture accreditate	Richiesta diretta del cittadino tramite CUP I Livello impegnativa del MMG o di Medico Specialista del SSN Richieste di consulenza interne in ospedale per acuti Segnalazione dell'ACOT/CDCA 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	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.	Progetti riabilitativi compilati dai fisiatristi aziendali Progetti riabilitativi autorizzati dai fisiatristi aziendali Lettera di dimissioni/Documento handover Schede di esito monitoraggio	Cittadino MMG MMS Direttore del Dipartimento

2 – ANALISI DEL PROCESSO																						
MEDFIS001 - Percorso assistenziale ambulatoriale di riabilitazione (Percorso 3 DGRT 595/05) - 08/01/2024																						
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	<p>1) Per le visite ambulatoriali (autorizzative e fisiatriche) Il personale dell'accettazione scarica da Cup 2.0 il piano di lavoro giornaliero dell'ambulatorio. A livello aziendale è stata adottata un'agenda unificata CUP 2.0 che prevede la prenotazione delle visite per zona Distretto (per ottimizzare la presa in carico dei pazienti) con "sblocco" a 5gg e possibilità di prenotazione anche in altre zone distretto se disponibili. Le cartelle cliniche sono attualmente informatizzate (ARGOS) salvo casi residuali in cui l'ultimo accesso del paziente all'ambulatorio risalga a periodi nei quali era ancora in vigore la cartella cartacea.</p> <p>2) Per i pazienti ricoverati Il medico apre il programma Argos e stampa la lista delle richieste di consulenza interne in ordine cronologico;</p> <p>3) Gestione richieste provenienti da ACOT Il medico consulta le richieste pervenute dall'Agenzia Continuità Ospedale territorio (ACOT) tramite mail e applicativo Caribel.</p>	Personale dell'accettazione degli ambulatori Medici Fisiatristri	DGRT 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 fisiatra consegna ai pazienti la brochure con le indicazioni di tutte le strutture pubbliche e private accreditate a cui è possibile rivolgersi. Tutti i medici afferenti al Dipartimento della Riabilitazione compilano annualmente la dichiarazione di presenza/assenza di conflitto di interessi con le strutture private accreditate.	Medici Fisiatristri	DGRT 595/05 Procedura P.A.DSTS.01 standard di servizio riabilitazione territoriale Istruzione Operativa Gestione liste d'attesa fisioterapia territoriale e criteri di priorità IO.DSTS.01 Delibera ACOT	Esiste il rischio che il medico fisiatra favorisca una struttura riabilitativa rispetto alle altre consigliandone l'utilizzo a causa della presenza di conflitto di interessi.	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato basso in quanto la probabilità di accadimento è bassa per il rilascio delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dei medici; inoltre l'impatto economico reputazionale si può considerare medio.	Rilascio annuale da parte del medico fisiatra di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto alle strutture private accreditate.								X	N° di dichiarazioni rilasciate da parte del medico fisiatra per anno / N° di medici fisiatristri tenuti al rilascio della dichiarazione	100%	DIR	31/12 di ogni anno	
3	Verifica periodica PRI ambulatoriale	I pazienti presi in carico dai servizi ambulatoriali Aziendali eroganti prestazioni B 2.1 (Percorso 3) seguono il progetto riabilitativo individuale che viene rivalutato, in fase intermedia, dal Team di cura per la ridefinizione e modulazione degli obiettivi che si rendono necessari.	Team di cura: Medico Fisiatra, Fisioterapista, Logopedista e altre figure necessarie per il PRI	DGRT 595/05 PNLG 6/2008 rev 1 2011 e rev 2 2015	Nessuno																	
4	Dimissione	Tutto il Team di cura, per gli aspetti di competenza, redige una lettera di dimissione integrata. Ove necessario, ad integrazione della lettera di dimissione fisioterapica, redige la lettera di dimissione o il documento di handover per il MMG o lo specialista inviante	Team di cura: Medico Fisiatra, Fisioterapista, Logopedista e altre figure necessarie per il PRI	DGRT 595/05 PINDRIA 2011 legge 833/78 PNLG 6/2008 rev 1 2011 e rev 2 2015 LR 51/09	Nessuno																	
5	Monitoraggio periodico sulle strutture private accreditate eroganti prestazioni riabilitative ambulatoriali	<p>Il Medico Fisiatra e un Fisioterapista effettuano un monitoraggio semestrale sulle cartelle cliniche dei pazienti trattati e in trattamento presso tutte le strutture convenzionate accreditate. Vengono controllate a campione il 5% delle cartelle/anno per struttura (numero variabile in base ai ricoveri). Il Medico fisiatra e il fisioterapista che svolgono il controllo vengono individuati dal Direttore di Dipartimento tra i Direttori delle SOS territoriali e gli incarichi di funzione/coordinamento dei fisioterapisti. Il Medico ed il Fisioterapista non appartengono mai alla zona/distretto controllata per garantire l'assenza di conflitto di interessi; sempre nel rispetto di questo criterio fondamentale, viene altresì garantita una rotazione dei soggetti incaricati. Le cartelle cliniche da controllare vengono individuate, tramite sorteggio effettuato dal Direttore del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa, nell'ambito di un elenco predisposto prima del controllo della struttura stessa, contenente gli estremi di tutte le cartelle dei pazienti trattati e in trattamento nel semestre precedente. I professionisti che eseguono il controllo compilano delle schede di monitoraggio e le inviano al Direttore di Dipartimento che, annualmente, redige una relazione da inviare al Direttore Generale e al Direttore Sanitario. Sulla base delle schede vengono anche eventualmente fatti dei rilievi alle strutture accreditate oggetto del controllo al fine di apportare gli opportuni correttivi. Nei casi più gravi viene inviata una segnalazione di violazione del contratto alle competenti strutture aziendali.</p>	Medici Fisiatristri I.F. Fisioterapisti Direttore del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa	PSD RIAB 7/2018	Esiste il rischio che il medico ed il fisioterapista avvantaggino una struttura riabilitativa omettendo/alterando i controlli	Presenza di conflitto di interessi Carenza di controlli	Medio	Il rischio è stato valutato medio in quanto la probabilità di accadimento è bassa dato il rilascio da parte del medico e del fisioterapista delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi; l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio.	Rilascio annuale, da parte del medico fisiatra, della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto alle strutture private accreditate.									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dal medico fisiatra per anno / N° di medici fisiatristri tenuti al rilascio della dichiarazione	100%	DIR	31/12 di ogni anno
									Rilascio annuale, da parte dell'I.F. Fisioterapista, della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto alle strutture private accreditate							X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dall'I.F. Fisioterapista per anno / N° di I.F. Fisioterapisti tenuti al rilascio della dichiarazione	100%	DIR	31/12 di ogni anno		
									Controllo annuale a campione del 5% delle cartelle cliniche dei pazienti trattati e in trattamento nell'anno di riferimento per ciascuna struttura	X								N° di cartelle controllate per anno per struttura/N° cartelle dei pazienti trattati e in trattamento nell'anno di riferimento per struttura	5%	DIR	31/12 di ogni anno	

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:	08/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
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)	Richiesta diretta del cittadino tramite CUP I Livello con impegnativa del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Medico Specialista del SSN Richieste di consulenza interne in ospedali pubblici aziendali o universitari per acuti Segnalazione della Agenzia Continuità Ospedale Territorio (ACOT)/Centro Dimissioni Complesse Aziendale (CDCA) Visita autorizzativa richiesta al CUP sulla base di un PRI proposto da uno specialista di struttura privata accreditata convenzionata	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 di favorirne la gestione degli esiti mediante ricovero riabilitativo residenziale o semiresidenziale. Sono esclusi dal presente processo i minori con disabilità neuropsichica che afferiscono a UFSMIA.	Schede di esito monitoraggio Scheda dimissione ospedaliera (SDO) reparti cod 56 Lettera di dimissione integrata	Direttore del Dipartimento Cittadino

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
MEDFIS002 - Percorso assistenziale di riabilitazione con individuazione del setting di ricovero riabilitativo residenziale o semiresidenziale - 08/01/2024																					
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	<p>1) Per i pazienti con presa in carico dal territorio: Il cittadino, in possesso di un progetto riabilitativo da svolgere in regime di ricovero, accede a visita autorizzativa con richiesta di visita fisiatrica redatta dal MMG con codice specifico per tale prestazione (codice ricetta 2347) rivolgendosi al CUP. Ogni zona distretto ha previsto degli slot per tali prestazioni a disposizione del CUP per la prenotazione.</p> <p>2) Per i pazienti ricoverati: Il medico apre il programma Argos e stampa la lista delle richieste di consulenza interne in ordine cronologico;</p> <p>3) Gestione richieste provenienti da ACOT Il medico consulta le richieste pervenute dall'Agenzia Continuità Ospedale territorio (ACOT) tramite mail e applicativo Caribel.</p>	Personale dell'accettazione degli ambulatori Medici Fisiatri	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	<p>Il Medico Fisiatra:</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita il paziente presso il reparto per acuti, formula un progetto riabilitativo individuale (PRI) ed invia il paziente al setting appropriato (struttura residenziale), in continuità diretta in almeno il 95% dei casi. - 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. <p>In entrambi i casi il percorso riabilitativo individuato con PRI 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; negli altri casi l'invio avviene a cura dell'Agenzia Continuità Ospedale Territorio (ACOT)/Centro Dimissioni Complesse Aziendale (CDCA) e il medico non è a conoscenza della struttura privata convenzionata che accoglierà il paziente.</p>	Medici Fisiatri	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	Nessuno																
3	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																
4	Monitoraggio periodico sulle strutture private accreditate eroganti prestazioni riabilitative residenziali e semiresidenziali	<p>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.</p> <p>Il Medico Fisiatra e il Fisioterapista che svolgono il controllo vengono individuati dal Direttore di Dipartimento tra i Direttori delle SOS territoriali e gli Incarichi di funzione/coordinamento dei Fisioterapisti. Il Medico ed il Fisioterapista non appartengono mai alla zona controllata per garantire l'assenza di conflitti di interesse; sempre nel rispetto di questo criterio fondamentale, viene altresì garantita una rotazione dei soggetti incaricati. Le cartelle cliniche da controllare vengono individuate, tramite sorteggio effettuato dal Direttore del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa, nell'ambito di un elenco predisposto prima del controllo della struttura stessa contenente gli estremi di tutte le cartelle dei pazienti trattati e in trattamento nel semestre precedente.</p> <p>I professionisti che eseguono il controllo redigono delle schede di monitoraggio che vengono inviate al Direttore di Dipartimento, che annualmente redige una relazione da inviare al Direttore Generale e al Direttore Sanitario. Sulla base delle schede vengono anche eventualmente fatti dei rilievi alle strutture accreditate oggetto del controllo al fine di apportare gli opportuni correttivi.</p>	Medici Fisiatri I.F. Fisioterapisti	PSD RIAB 7/2018	Esiste il rischio che il medico ed il fisioterapista avvantaggino una struttura riabilitativa omettendo/alterando i controlli	Presenza di conflitto di interessi Carenza di controlli	Medio	Il rischio è stato valutato medio in quanto la probabilità di accadimento è bassa dato il rilascio da parte del medico e del fisioterapista delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi; l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio.	Rilascio annuale, da parte del medico fisiatra, della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto alle strutture private accreditate.							X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dal medico fisiatra per anno / N° di medici fisiatri tenuti al rilascio della dichiarazione	100%	DIR	31/12 di ogni anno	
									Rilascio annuale, da parte dell'I.F. Fisioterapista, della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi rispetto alle strutture private accreditate							X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dall'I.F. Fisioterapista per anno / N° di I.F. Fisioterapisti tenuti al rilascio della dichiarazione	100%	DIR	31/12 di ogni anno	
									Controllo annuale a campione del 5% delle cartelle cliniche dei pazienti trattati e in trattamento nell'anno di riferimento per ciascuna struttura	X								N° di cartelle controllate per anno per struttura/N° cartelle dei pazienti trattati e in trattamento nell'anno di riferimento per struttura	5%	DIR	31/12 di ogni anno
5	Monitoraggio periodico sulle strutture pubbliche di ricovero eroganti prestazioni riabilitative	<p>Settimanalmente il Team del reparto di riabilitazione pubblico rivede i progetti riabilitativi dei pazienti in degenza nelle strutture gestite dal Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitativa e ne aggiorna gli obiettivi secondo le necessità tramite anche scale di valutazione prestabilite e validate.</p> <p>Mensilmente, la Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero (DSPO) estrae un campione delle cartelle pari al 10% dei ricoveri. La metà viene analizzata dallo stesso Team di reparto e l'altra metà direttamente dalla DSPO in base ad una check-list regionale.</p>	Medici Fisiatri Team di reparto: Medico, Fisioterapista, Logopedista e altre figure necessarie per il PRI Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero	Legge Regionale Toscana 51/09 (Accreditamento)	Nessuno																

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

Nome del processo:	Erogazione visite e trattamenti terapeutici medicina complementare
Area di rischio:	Attività sanitarie non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	MEDFIS004
DIR:	Bruna Lombardi
Struttura del DIR:	Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione
RESP:	Guido Carmelo Pasquale
Struttura del RESP:	SOS Cure Complementari
Data di aggiornamento:	08/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Utenti Azienda Usl Toscana Centro	Richiesta prima visita di medicina complementare	Il processo si occupa dell'erogazione di visite e trattamenti di medicina complementare (agopuntura e omeopatia). Nell'ambito del processo sono previsti percorsi differenziati per i pazienti affetti da specifiche patologie	Prima visita medicina complementare Ciclo di trattamento terapeutico di medicina complementare	Utenti Azienda Usl Toscana Centro

2 – ANALISI DEL PROCESSO																																		
MEDFIS004 - Erogazione visite e trattamenti terapeutici medicina complementare - 08/01/2024																																		
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 di prima visita	<p>La SOS Cure Complementari si articola in 6 ambulatori ai quali l'utente accede con le seguenti modalità:</p> <p>1) Centro Fior di Prugna (FI) – Agopuntura L'utente effettua la prenotazione della prima visita tramite Call Center CUP, sportello territoriale CUP, farmacie, ospedali o sull'apposito portale online se in possesso di richiesta medica dematerializzata. E' possibile effettuare la prenotazione diretta al centro per particolari patologie quali: - gravidanza: iperemesi gravidica, colestasi gravidica, cefalea, lombosciatalgia e tunnel carpale; - puerperio: problemi legati ai primi tre mesi dopo il parto; - soggetti in età pediatrica; - pazienti oncologici in corso di radio-chimioterapia: effetti collaterali di radio e chemioterapia, dolore, xerostomia, disturbi vasomotori, nausea, stipsi, diarrea, leucopenia, astenia - menopausa oncologica; - paresi a frigore (entro tre mesi dall'esordio); - herpes Zoster acuto (entro due mesi dall'esordio); - nevralgia del trigemino in fase acuta; - Cefalea</p> <p>2) Centro Fior di Prugna (FI) Omeopatia L'utente effettua la prenotazione della prima visita con due possibili modalità: - tramite Call Center CUP, sportello territoriale CUP, farmacie, ospedali o sull'apposito portale online se in possesso di richiesta medica dematerializzata; - direttamente all'accettazione del Centro Fior di Prugna.</p> <p>3) Misericordia e Dolce (PO) Agopuntura percorso oncologico L'utente prenota la prima visita esclusivamente tramite A.I.U.T.O. Point.</p> <p>4) Misericordia e Dolce (PO) Agopuntura terapia dolore L'utente prenota la prima visita tramite CUP.</p> <p>5) Ospedale S.S. Cosma e Damiano (Pescia) Agopuntura L'utente prenota la prima visita con accesso diretto (pazienti oncologici e urgenze) o tramite CUP per tutte le altre problematiche.</p> <p>6) Presidio ex CPA (PT) – Agopuntura L'utente prenota la prima visita tramite CUP.</p>	<p>Personale amministrativo CUP (sedi 1,2,3,4,5,6)</p> <p>Personale amministrativo SOS Cure complementari sede Firenze (sedi 1,2) e personale sanitario sede Pescia (sede 5 e 6)</p>	<p>DGRT 655/2005 Delibera del direttore Generale 650/2005 DGRT 678/2014</p>	Nessuno																													
2	Erogazione prima visita	<p>Prima estrazione della lista dei prenotati giornalieri, presso i vari ambulatori della SOS Cure Complementari, viene erogata la prima visita agli utenti prenotati. A seguito della visita viene redatta relativa cartella clinica su apposito applicativo informatico Argos (tranne sedi 2 e 3, nelle quali la cartella clinica è cartacea) ed eventualmente viene prescritto un piano terapeutico come meglio descritto nella fase successiva.</p>	<p>Personale amministrativo SOS Cure complementari sede Firenze e personale sanitario sede Prato, Pescia e Pistoia</p> <p>Medici SOS Cure complementari sede Firenze, Prato Pescia e Pistoia</p> <p>Personale infermieristico SOS Cure complementari, sede Firenze, Prato, Pescia e Pistoia (per la parte anagrafica del paziente).</p> <p>Medici SOS Cure complementari sede Firenze, Prato Pescia e Pistoia (per la descrizione della visita)</p>	<p>DGRT 655/2005 Delibera del direttore Generale 650/2005 DGRT 678/2014</p>	Nessuno																													
3	Stesura piano di trattamento	<p>Tranne che per l'ambulatorio di omeopatia, dopo la prima visita, se necessario, viene prescritto un piano terapeutico, che consiste in un ciclo di trattamento di agopuntura/auricoloterapia o altre tecniche di Medicina Tradizionale Cinese. Per tutte le sedi (1,3,4,5,6), non esistono liste di attesa, essendo le visite programmate in modo che i trattamenti debbano fare seguito alla visita nel minor tempo possibile. Il tutto, nel pieno rispetto dell'ordine cronologico di accesso al servizio. Gli appuntamenti sono programmati direttamente con l'utente.</p> <p>1) Centro Fior di Prugna (Agopuntura) Ogni ciclo prevede una media di otto sedute; in alcuni casi le sedute possono essere ripetute (in relazione al risultato della terapia o se correlato ad altri trattamenti, per es. il paziente oncologico in trattamento radio e/o chemioterapico). Gli appuntamenti per i trattamenti seguono cronologicamente la visita e vengono inseriti in agende riservate, direttamente dal personale amministrativo dell'accettazione del Centro ad una distanza di 20 minuti l'uno dall'altro per l'auricoloterapia e 30 minuti per l'agopuntura. Il medico opera su due ambulatori ed è supportato da personale sanitario qualificato durante i trattamenti.</p> <p>3) Misericordia e Dolce (PO) Agopuntura percorso oncologico 4) Misericordia e Dolce (PO) Agopuntura terapia dolore 5) Ospedale S.S. Cosma e Damiano (Pescia) Agopuntura 6) Presidio ex CPA (PT) – Agopuntura Al paziente viene assegnato direttamente un ciclo di 4 sedute, che, in base alla risposta, può essere ripetuto anche più volte.</p>	<p>Medico SOS Cure complementari sede Firenze, Prato, Pescia e Pistoia</p> <p>Personale amministrativo SOS Cure complementari sede Firenze e personale sanitario abilitato all'inserimento CUP sedi Prato, Pescia e Pistoia</p>	<p>DGRT 655/2005 Delibera del direttore Generale 650/2005 DGRT 678/2014</p>	Esiste il rischio potenziale che si avvantaggi un utente non rispettando l'ordine cronologico di accesso dei pazienti ai trattamenti	Presenza di conflitto di interessi	Basso											Il livello di rischio è stato valutato basso in quanto la probabilità di accadimento è bassa data l'assenza di liste di attesa e l'assegnazione degli appuntamenti per i trattamenti successivi contestualmente all'erogazione della prima visita. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere basso.																
4	Valutazione finale	Prima della fine del ciclo di trattamento si esegue una valutazione per verificare l'eventuale necessità di proseguire il trattamento	Medico SOS Cure complementari sede Firenze, Prato, Pescia e Pistoia	DGRT 655/2005 Delibera del direttore Generale 650/2005 DGRT 678/2014	Nessuno																													
5	Eventuali trattamenti aggiuntivi	Se necessarie, vengono fissate ulteriori sedute di trattamenti in relazione ai risultati ottenuti con la terapia o se in supporto alle altre terapie come nei pazienti oncologici in corso di radio-chimioterapia.	Medico SOS Cure complementari sede Firenze, Prato, Pescia e Pistoia Personale amministrativo SOS Cure complementari sede Firenze e personale sanitario abilitato all'inserimento CUP Prato, Pescia e Pistoia	DGRT 655/2005 Delibera del direttore Generale 650/2005 DGRT 678/2014	Nessuno																													

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

Nome del processo:	Riepiloghi riunioni AFT ricevuti dai coordinatori
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	MEDGEN001
DIR:	Elisabetta Altì
Struttura del DIR:	Dipartimento di Medicina Generale
RESP:	Elisabetta Altì
Struttura del RESP:	Dipartimento di Medicina Generale
Data di aggiornamento:	08/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Coordinatori di AFT	Modulistica relativa alle riunioni di AFT, alle riunioni di Zona/Distretto e alle Assemblee di Dipartimento	La segreteria del Dipartimento riceve la documentazione relativa alle riunioni di AFT, riunioni di Zona Distretto e Assemblee di Dipartimento. Successivamente invia alla SOC Governo Area Convenzionati il modulo di autorizzazione ai compensi firmato dal Direttore di Dipartimento ed un report relativo alle presenze alle suddette riunioni.	Modulo di autorizzazione liquidazione compensi Report presenze	SOC Governo Area Convenzionati

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
MEDGEN001 - Riepiloghi riunioni AFT ricevuti dai coordinatori - 08/01/2024																					
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 modulistica relativa alle riunioni mensili AFT/Assemblee del Dipartimento	La Segreteria del Dipartimento di Medicina Generale riceve la documentazione relativa alle varie riunioni/assemblee svolte dai Coordinatori di AFT ed in particolare: Riunioni di AFT - vengono convocate da ciascun coordinatore di AFT e vi prendono parte i Medici di Medicina Generale afferenti alla AFT da lui coordinata. Per ogni riunione di AFT la Segreteria del Dipartimento di Medicina Generale riceve da ciascun coordinatore di AFT il verbale, il foglio presenze ed il modulo di rendicontazione dell'attività mensile svolta. Riunioni di Zona/Distretto - vi prendono parte i coordinatori di AFT afferenti ad una stessa Zona/Distretto (le 45 AFT sono raggruppate in 8 zone/distretto). La Segreteria del Dipartimento riceve per ogni Zona/Distretto (da uno dei coordinatori di AFT della Zona/Distretto) il modulo presenze ed il verbale relativi alla riunione mensile. Assemblea di Dipartimento - è costituita dai 45 Coordinatori di AFT e si riunisce mensilmente; la Segreteria del Dipartimento riceve un modulo firme/presenze.	Segreteria del Dipartimento di Medicina Generale	Delibera del D.G. n° 1454 del 16/12/2022 - "Accordo Attuativo Aziendale medici di Assistenza Primaria Anno 2022-2023" Delibera del D.G. n°588 del 21/04/17 - "Regolamento per il funzionamento del Dipartimento della Medicina Generale"	Nessuno																
2	Archiviazione modulistica	L'addetto alla segreteria del Dipartimento di Medicina Generale che riceve la documentazione, la archivia dopo aver controllato che i moduli siano stati correttamente compilati e firmati. In particolare, oltre ad effettuare l'archiviazione, crea anche un file riepilogativo delle presenze alle riunioni mensili delle 45 AFT, il quale, a fine anno, sarà inviato alla SOC Governo area convenzionati, per il riconoscimento degli emolumenti previsti in base al raggiungimento o meno degli obiettivi. Dal 2023 è previsto inoltre l'invio dei report annuali delle presenze dei Coordinatori alle riunioni di Zona/Distretto e alle riunioni dell'Assemblea di Dipartimento. L'accordo attuativo aziendale 2022 del 30/11/2022 all'art. 9 "presenza riunioni AFT" prevede che la remunerazione dei medici avvenga nel seguente modo: • obiettivo parziale (50% incentivo): il medico partecipa ad almeno 6 riunioni nell'anno. • obiettivo totale (100% incentivo): il medico partecipa ad almeno 9 riunioni nell'anno. Il medico che non partecipa ad almeno 3 riunioni di AFT nell'anno non avrà diritto alla partecipazione della retribuzione di risultato di AFT. Per il coordinatore di AFT l'incentivazione è legata al raggiungimento dei seguenti obiettivi: • obiettivo parziale (50% incentivo): partecipazione ad almeno 6 riunioni con il dipartimento di medicina generale. • obiettivo totale (100% incentivo): partecipazione ad almeno 9 riunioni con il dipartimento di medicina generale.	Segreteria del Dipartimento di Medicina Generale	Delibera del D.G. n° 1454 del 16/12/2022 - "Accordo Attuativo Aziendale medici di Assistenza Primaria Anno 2022-2023" Delibera del D.G. n°588 del 21/04/17 - "Regolamento per il funzionamento del Dipartimento della Medicina Generale"	Nessuno																
3	Invio modulo di autorizzazione liquidazione compensi	L'addetto alla segreteria invia all'area personale convenzionato, a mezzo mail, mensilmente, il modulo di autorizzazione alla liquidazione dei compensi relativi alle attività mensili svolte dai coordinatori firmato dal Direttore del Dipartimento. Annualmente viene inviato, inoltre: - un file riepilogativo delle presenze dei MMG alle riunioni indette nei 12 mesi - un file delle presenze dei Coordinatori alle riunioni di Zona/Distretto - un file delle presenze dei Coordinatori alle riunioni dell'Assemblea di Dipartimento	Segreteria del Dipartimento di Medicina Generale	Delibera del D.G. n° 1454 del 16/12/2022 - "Accordo Attuativo Aziendale medici di Assistenza Primaria Anno 2022-2023"	Nessuno																

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Controllo ufficiale su stabilimento riconosciuto/registrato che produce e/o commercializza prodotti destinati al consumo umano e/o animale e sul benessere animale
Area di rischio:	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Processi connessi:	
Codice:	PREVEN001
DIR:	Berti Renzo
Struttura del DIR:	Dipartimento della Prevenzione
RESP:	Luca Cianti
Struttura del RESP:	Area Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (SPVSA)
Data di aggiornamento:	08/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Regione Toscana Ministero della Salute Cittadini e imprese Enti pubblici competenti	Normativa comunitaria, nazionale e regionale sulla categorizzazione del rischio per gli stabilimenti che producono e/o commercializzano prodotti destinati al consumo umano e/o animale Sistema di allerta regionale e/o ministeriale Dati storici relativi agli stabilimenti già sottoposti a controllo Esposti presentati da soggetti esterni nell'interesse collettivo	Le strutture organizzative dell'Area Funzionale Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare, in quanto autorità competente territoriale, svolgono le funzioni di vigilanza e di ispezione (definite "controllo ufficiale") sull'ottemperanza alla normativa di prodotti alimentari/mangimi e delle norme per la salute e il benessere degli animali	Verbale e/o rapporto conclusivo del controllo Registrazione degli esiti sull'applicativo informatico regionale SISPC (Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva) Eventuali atti sanzionatori	Titolari degli stabilimenti Regione Toscana e altre Pubbliche Amministrazioni Cittadini

ANALISI DEL PROCESSO																					
PREVEN001 - Controllo ufficiale su stabilimento riconosciuto/registrato che produce e/o commercializza prodotti destinati al consumo umano e/o animale e sul benessere animale - 08/01/2024																					
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	Programmazione di Area Funzionale	Il Direttore dell'Area Funzionale Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare individua, in collaborazione con i Direttori di Unità Operativa (DUO) afferenti all'Area Funzionale, il numero e la tipologia di controlli da effettuare per settore e fascia di rischio, in base alla frequenza prevista dalla categorizzazione del rischio di cui alle norme specifiche e alle indicazioni regionali (compilazione del 100% delle Check-list con la seguente frequenza: annuale negli stabilimenti ad alto rischio - biennale negli stabilimenti a medio rischio - triennale negli stabilimenti a basso rischio) e ai dati storici. La programmazione è riportata nel Piano Operativo Annuale (POA) redatto ad inizio anno e identificato nel documento VAR.ASPVSA.01, declinato per ciascuna unità funzionale e aggiornato in base ad eventuali modifiche della programmazione.	Direttore dell'Area Funzionale Direttori di UO afferenti all'Area Funzionale	Normativa specifica: Reg. CE 852/2004 Reg. CE 853/2004 Reg. CE 625/2017 Reg. CE 627/2019 DD. 11741/2019 Procedura Specifica del Dipartimento della Prevenzione: PS.DPREV.02 "Gestione della programmazione ed erogazione del servizio" Procedure Tecniche Operative Professionali della Struttura SPVSA: PST.ASPVSA.01 "Controllo imprese riconosciute. 853- esercizio" PST.ASPVSA.03 "Controlli veterinari su partite di alimenti O.A, animali, SOA, mangimi, introdotti da paesi della U.E. o associati" PST.ASPVSA.08 "Attività di campionamento" PST.ASPVSA.16 "Macellazioni animali in stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/2004 e nelle strutture aziendali annesse ad allevamento" PST.ASPVSA.34 "Controllo Ufficiale negli stabilimenti registrati Reg. CE 852/2004" PST.ASPVSA.37 "Benessere in allevamento" PST.ASPVSA.38 "Benessere al macello"	Nessuno																
2	Programmazione di Unità Funzionale Complessa (UFC)	Il Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato effettua la programmazione operativa individuando gli stabilimenti da sottoporre a controllo, sulla base della programmazione operativa di area funzionale, della specifica procedura PS.DPREV.02 "Gestione della programmazione ed erogazione del servizio" e della categorizzazione dei rischi individuali. La garanzia che tutti gli stabilimenti siano sottoposti a controllo ufficiale è data dalla presenza di tre livelli di controllo: <i>anagrafico stabilimenti su due sistemi diversi che incrociano i dati (SISPC/NSIS)</i> - Programmazione operativa concordata da DUO e DUF - Rotazione dei veterinari sul territorio. In base alla frequenza prevista dalla categorizzazione del rischio di cui alle norme specifiche e alle indicazioni regionali.	Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato	Normativa specifica: Reg. CE 852/2004 Reg. CE 853/2004 Reg. CE 625/2017 Reg. CE 627/2019 DD. 11741/2019 Procedura Specifica del Dipartimento della Prevenzione: PS.DPREV.02 "Gestione della programmazione ed erogazione del servizio" Procedure Tecniche Operative Professionali della Struttura SPVSA: PST.ASPVSA.01 "Controllo imprese riconosciute. 853- esercizio" PST.ASPVSA.03 "Controlli veterinari su partite di alimenti O.A, animali, SOA, mangimi, introdotti da paesi della U.E. o associati" PST.ASPVSA.08 "Attività di campionamento" PST.ASPVSA.16 "Macellazioni animali in stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/2004 e nelle strutture aziendali annesse ad allevamento" PST.ASPVSA.34 "Controllo Ufficiale negli stabilimenti registrati Reg. CE 852/2004" PST.ASPVSA.37 "Benessere in allevamento" PST.ASPVSA.38 "Benessere al macello"	Esiste il rischio che il Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato, attraverso la programmazione operativa, possa garantire un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto privato rientrante nell'ambito di competenza dell'Unità Funzionale Complessa	Presenza di 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 considerare medio.	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato al Direttore di Area di 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	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato di almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore di Unità Funzionale	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	SI	Direttore di Unità Funzionale	31/12 di ogni anno
3	Assegnazione delle pratiche agli operatori	L'assegnazione delle pratiche agli operatori delle singole Unità Funzionali, è effettuata tramite applicativo SISPC, sulla base della programmazione di Unità Funzionale Complessa e dell'Istruzione Operativa IO.ASPVSA.01 "Assegnazione delle Pratiche in Area SPVSA", tenendo conto dei carichi di lavoro, della professionalità e garantendo l'assenza di conflitti di interessi e, dove previsto, la rotazione del personale. Per gli operatori del comparto l'assegnazione può essere effettuata dall'Incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione SPVSA. Per i medici e i medici veterinari l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte del Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato.	Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato Incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione SPVSA	Istruzione Operativa IO.ASPVSA.01 "Assegnazione delle Pratiche in Area SPVSA"	Esiste il rischio che il Direttore dell'Unità Funzionale e/o suo delegato Incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione SPVSA, attraverso l'assegnazione delle pratiche, possano garantire un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto privato rientrante nell'ambito di competenza dell'Unità Funzionale Complessa	Presenza di 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 considerare medio.	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suoi delegati al Direttore di Area di 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	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato di almeno una dichiarazione di impegno a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore di Unità Funzionale	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	SI	Direttore di Unità Funzionale	31/12 di ogni anno
4	Fase istruttoria	L'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione presente in archivio relativa allo stabilimento da sottoporre a controllo e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività.	Operatore incaricato del controllo	Procedure Tecniche Operative Professionali della Struttura SPVSA: PST.ASPVSA.01 "Controllo imprese riconosciute. 853- esercizio" PST.ASPVSA.03 "Controlli veterinari su partite di alimenti O.A, animali, SOA, mangimi, introdotti da paesi della U.E. o associati" PST.ASPVSA.08 "Attività di campionamento" PST.ASPVSA.16 "Macellazioni animali in stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/2004 e nelle strutture aziendali annesse ad allevamento" PST.ASPVSA.34 "Controllo Ufficiale negli stabilimenti registrati Reg. CE 852/2004" PST.ASPVSA.37 "Benessere in allevamento" PST.ASPVSA.38 "Benessere al macello"	Nessuno																
5	Esecuzione del controllo	Gli operatori incaricati, di profili anche diversi, eseguono il sopralluogo analizzando il contesto, effettuando operazioni di controllo ufficiale presso lo stabilimento, raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per le valutazioni e/o i provvedimenti successivi, al fine di valutare le condizioni di rischio - attraverso il confronto con gli standard stabiliti dalle norme. Al termine, redigono il rapporto conclusivo delle attività svolte e dei risultati ottenuti su specifica modulistica e attivano gli eventuali procedimenti sanzionatori amministrativi e/o penali. Ogni operatore rilascia al proprio Direttore dell'Unità Funzionale una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	Operatori incaricati del controllo	Procedura Specifica del Dipartimento della Prevenzione: PS.DPREV.02 "Gestione della programmazione ed erogazione del servizio" Procedure Tecniche Operative Professionali della Struttura SPVSA: PST.ASPVSA.01 "Controllo imprese riconosciute. 853- esercizio" PST.ASPVSA.03 "Controlli veterinari su partite di alimenti O.A, animali, SOA, mangimi, introdotti da paesi della U.E. o associati" PST.ASPVSA.08 "Attività di campionamento" PST.ASPVSA.16 "Macellazioni animali in stabilimenti riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/2004 e nelle strutture aziendali annesse ad allevamento" PST.ASPVSA.34 "Controllo Ufficiale negli stabilimenti registrati Reg. CE 852/2004" PST.ASPVSA.37 "Benessere in allevamento" PST.ASPVSA.38 "Benessere al macello" DGRT 1012/2015	Esiste il rischio che gli operatori incaricati favoriscano il soggetto controllato alterando gli esiti dei controlli.	Presenza di conflitto di interessi Controlli insufficienti	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa 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.	Rilascio da parte di ogni operatore al proprio Direttore dell'Unità Funzionale di 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.							X	N° dichiarazioni di impegno a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata rilasciate dagli operatori / N° operatori incaricati delle attività di vigilanza	100%	Direttore di Unità Funzionale	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	SI	Direttore di Unità Funzionale	31/12 di ogni anno
																	X	Numero di programmi e riesame delle attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 e alla DDG 4443/2009 entro la scadenza	100% dei programmi e relazioni di attività di supervisione redatti e pubblicati in base alla DGRT 1012 e alla DDG 4443/2009	Direttore di Unità Funzionale in collaborazione con il Direttore di Unità Operativa	Entro febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento
6	Registrazione	Gli operatori inseriscono in SISPC le attività effettuate nel rispetto dei tempi previsti dalle procedure tecniche specifiche. Gli stessi operatori, una volta completata la pratica, variano lo stato da "in corso" a "in chiusura" per consentire al Direttore dell'Unità Funzionale o suo incaricato/i o al I.F./coordinatore di chiudere la pratica. Qualora gli operatori, medici, veterinari e IT.PP siano stati autorizzati ad aprire direttamente la pratica, devono provvedere anche alla chiusura della stessa. Nel caso in cui le pratiche siano gestite dagli stessi operatori che eseguono l'attività, la verifica della corretta gestione sarà effettuata a campione, da parte del Direttore dell'Unità Funzionale/ I.F./ Coordinatore o soggetti incaricati nell'ambito del report trimestrale di attività. Le attività registrate esclusivamente in altri sistemi informativi (BDN) non generano "pratiche".	Operatori incaricati del controllo	Istruzione Operativa IO.ASPVSA.01 "Assegnazione delle Pratiche in Area SPVSA"	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:	09/01/2024

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) 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 Unità Funzionale	Verbale e/o rapporto conclusivo del controllo Fogli di prescrizioni Comunicazioni di notizia di reato Eventuali atti sanzionatori Eventuali comunicazioni obbligatorie ad altri Enti Registrazione degli esiti sull'applicativo informatico regionale Sispc (Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva)	Autorità giudiziaria Regione Lavoratori Datori di lavoro Dirigenti, preposti, consulenti, responsabili del servizio prevenzione e protezione Fabbricanti Progettisti Coordinatori Contravventori Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza Organizzazioni sindacali Organizzazioni di parte datoriale Cittadini

2 – ANALISI DEL PROCESSO																						
PREVEN002 - Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili) - 09/01/2024																						
2.1 - Descrizione delle attività				2.2 – Valutazione dei rischi				2.3 – Trattamento del rischio														
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza	
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI					
1	Programmazione di Area Funzionale	Il Direttore dell'Area Funzionale Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro individua, in collaborazione con i Direttori di Unità Funzionale e i Direttori di Unità Operativa, il numero e la tipologia di controlli da effettuare per settore e fascia di rischio, sulla base della valutazione di diversi input: LEA, PSSR, Piano regionale della prevenzione (PRP), atti regionali, disposizioni aziendali, criteri di priorità, frequenza esposti. La programmazione è riportata nel Piano Operativo Annuale (POA) redatto ad inizio anno e identificato nel documento VAR.APISLL01, declinato per ciascuna unità funzionale e aggiornato in base ad eventuali modifiche della programmazione.	Direttore dell'Area Funzionale in collaborazione con i Direttori di Unità Operativa e i Direttori di Unità 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. Direttive Procure FI/PI/PT/PO Procedura Specifica del Dipartimento della Prevenzione: PS.DPREV.02 "Gestione della programmazione ed erogazione del servizio" Procedure tecniche specifiche (PTS): PST.APISLL01 Controllo Unità locali PST.APISLL02 Controllo cantiere edile PST.APISLL03 Ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente PST.APISLL04 Inchiesta malattia professionale PST.APISLL05 Controllo cave PST.APISLL06 Rilascio pareri uso esplosivi PST.APISLL07 Controllo piani amianto PST.APISLL08 Inchiesta infortuni PST.APISLL10 Controllo bonifica amianto	Nessuno																	
2	Programmazione di Unità Funzionale Complessa (UFC)	Il Direttore dell'Unità Funzionale o suoi delegati (generalmente individuati tra gli incarichi di Funzione) effettuano la programmazione operativa individuando i soggetti da sottoporre a controllo (unità locali e cantieri), sulla base della Programmazione dell'Area Funzionale (POA), considerando anche esposti/segnalazioni e attività delegate dall'Autorità Giudiziaria. Per ogni tipologia di controllo vengono individuati i criteri di selezione (per priorità e/o a campione da banche dati: banca dati Telemaco; Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura; ecc). In questa fase si costruiscono, pertanto, i pacchetti di Unità Locali/cantieri da sottoporre a controllo, definendo l'elenco per ciascuna tipologia.	Direttore dell'Unità Funzionale o suoi delegati	Criteri di programmazione stabiliti dal POA di Area Funzionale IO.APISLL01 rev.0 del 28.11.19 "Gestione pratiche SISPC" Esiti di precedenti controlli, ove previsto dai criteri stabiliti. 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	Esiste il rischio che il Direttore dell'Unità Funzionale o suoi delegati, attraverso la programmazione operativa, possano garantire un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto privato rientrante nell'ambito di competenza dell'Unità Funzionale Complessa	Presenza di 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 considerare medio	Rilascio da parte Direttore dell'Unità Funzionale e suoi delegati al Direttore di Area di 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									Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suoi delegati di almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	Si	Direttore di Unità Funzionale	31/12 di ogni anno	
									Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata								Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)					
3	Assegnazione delle pratiche	L'assegnazione delle pratiche agli operatori delle singole Unità Funzionali, è effettuata sulla base dell'Istruzione Operativa IO APISLL 01 "Gestione Pratiche in Area Funzionale PISLL", tenendo conto dei carichi di lavoro, della professionalità e garantendo l'assenza di conflitti di interessi e un'adeguata rotazione. Per gli operatori del comparto l'assegnazione può essere effettuata dal Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato o dall'incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione PISLL. Per i medici e gli ingegneri l'assegnazione è effettuata da parte del Direttore dell'Unità Funzionale o suoi delegati.	Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione PISLL	Funzionigramma di UFC in DOC.APISLL06 IO APISLL 01 "Gestione Pratiche in Area Funzionale PISLL"	Esiste il rischio che il Direttore dell'Unità Funzionale e/o suo delegato e/o l'incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione PISLL attraverso l'assegnazione delle pratiche, possano garantire un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto privato rientrante nell'ambito di competenza dell'Unità Funzionale Complessa	Presenza di 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 considerare medio	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato al Direttore di Area di 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									Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato di almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	Si	Direttore di Unità Funzionale	31/12 di ogni anno	
									Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata							Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)						
4	Fase istruttoria	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 APISLL 01 "Gestione Pratiche in Area Funzionale PISLL" 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	Esecuzione del controllo	Gli operatori incaricati (di norma due), di profili anche diversi, eseguono il sopralluogo analizzando il contesto, effettuando una o più operazioni di controllo presso l'unità locale o cantiere, raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per le valutazioni e/o i provvedimenti successivi al fine di valutare le condizioni di rischio attraverso il confronto con gli standard stabiliti dalle norme. Al termine, redigono la modulistica prevista e attivano gli eventuali procedimenti sanzionatori penali e/o amministrativi. Ogni operatore rilascia al proprio Direttore dell'Unità Funzionale una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	Operatori incaricati del controllo	IO APISLL 01 "Gestione Pratiche in Area Funzionale PISLL" 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	Esiste il rischio che gli operatori incaricati favoriscano il soggetto controllato alterando gli esiti dei controlli	Presenza di conflitto di interessi Controlli non sufficienti per prevenire il rischio	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa 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	Rilascio da parte di ogni operatore al proprio Direttore dell'Unità Funzionale di 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										N° dichiarazioni di impegno a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata rilasciate dagli operatori / N° operatori incaricati delle attività di vigilanza	100%	Direttore di Unità Funzionale	31/12 di ogni anno
									Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata						Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)							
6	Registrazione	Gli operatori incaricati del controllo registrano le pratiche di vigilanza su SISPC inserendo le attività svolte. Al termine effettuano la chiusura della pratica sull'applicativo stesso.	Operatori incaricati del controllo	Istruzioni applicativo SISPC 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																	

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Controllo di unità locali per motivi di sanità pubblica (collettività scolastiche, strutture recettive, impianti natatori, impianti sportivi, attività di estetica e tatuatore etc..)
Area di rischio:	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Processi connessi:	
Codice:	PREVEN003
DIR:	Berti Renzo
Struttura del DIR:	Dipartimento della Prevenzione
RESP:	Giorgio Garofalo
Struttura del RESP:	Area Igiene e Sanità Pubblica e della Nutrizione (IPN)
Data di aggiornamento:	01/12/2023

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Regione Toscana Ministero della Salute Cittadini Enti pubblici competenti	LEA PSSR Piano regionale della prevenzione (PRP) Normativa nazionale, regionale e comunale Indirizzi aziendali Problematiche di salute collettiva Analisi e valutazione dei rischi per la salute pubblica Dati storici relativi alle strutture già sottoposte a controllo Esposti presentati da soggetti esterni nell'interesse collettivo	Le strutture organizzative dell'Area Funzionale Igiene e Sanità Pubblica e della Nutrizione, svolgono le funzioni di vigilanza e di ispezione (definite "controllo ufficiale") sull'ottemperanza alla normativa delle collettività scolastiche, strutture ricettive, impianti natatori, impianti sportivi, attività di estetica e tatuatore etc..	Verbali, schede di sopralluogo, check list, rapporto conclusivo del controllo e/o prescrizioni Proposte di provvedimenti all'autorità sanitaria competente Eventuali atti sanzionatori e/o giudiziari Eventuali comunicazioni obbligatorie ad altri Enti Registrazione degli esiti sull'applicativo informatico regionale Sisp (Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva)	Responsabili delle Unità Locali (strutture e attività) Autorità Giudiziaria Pubbliche Amministrazioni Regione Ministero della Salute Istituto Superiore di sanità Enti locali Cittadini

2 - ANALISI DEL PROCESSO																							
PREVEN003 - Controllo di unità locali per motivi di sanità pubblica (collettività scolastiche, strutture recettive, impianti natatori, impianti sportivi, attività di estetica e tatuatore etc.) - 01/12/2023																							
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	Programmazione di Area Funzionale	Il Direttore dell'Area Funzionale Igiene e sanità Pubblica e della Nutrizione individua, in collaborazione con i Direttori di Unità Operativa, i settori e le tipologie di attività nelle quali verranno svolti i controlli e il loro numero, sulla base della valutazione di diversi input: LEA, PSSR, Piano regionale della prevenzione (PRP), norme nazionali, regionali, comunali e indirizzi aziendali, problematiche di salute collettiva, analisi e valutazione dei rischi per la salute pubblica. La programmazione è riportata nel Piano Operativo Annuale (POA), redatto ad inizio anno e identificato nel documento VAR.AIPN.01 e aggiornato in base ad eventuali modifiche della programmazione. La programmazione delle attività è effettuata in conformità alla PS.DPREV.02 "Gestione programmazione ed erogazione del servizio". Con il documento DOC.DPREV.05 "Documento di analisi del contesto" e DOC.AIPN.04 "Elenco Processi" si identifica la base sintetica di dati (norme, criteri epidemiologici, ecc.), per completare gli elementi utili alla programmazione delle attività.	Direttore dell'Area Funzionale in collaborazione con i Direttori di UO	LEA, PSSR, PRP, norme nazionali regionali, comunali e indicazioni aziendali. Procedure Dipartimento Prevenzione e di Area IPN: PS.DPREV.02 "Gestione della programmazione ed erogazione del servizio" POA VAR.AIPN.01 Piano Operativo annuale Area IPN DOC.DPREV.05 Documento di analisi del contesto DOC.AIPN.04 Elenco Processi PST.AIPN.05 Controllo Unità locale per motivi di Sanità Pubblica	Nessuno																		
2	Planificazione di Unità Funzionale Complessa (UFC)	Il Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato, in collaborazione con l'incarico di funzione Tecnici Della Prevenzione (TDP) IPN, effettua la programmazione operativa individuando le Unità Locali (U.L.) da sottoporre a controllo, sulla base della programmazione operativa di area funzionale. Per ogni tipologia di controllo vengono individuati i criteri di selezione (a campione, in base allo storico, alle segnalazioni, riviste a seguito di prescrizioni). La banca dati del censimento è il programma gestionale regionale SISPC.	Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato in collaborazione con l'incarico di funzione TDP IPN	PS.DPREV.02 "Gestione della programmazione ed erogazione del servizio" POA VAR.AIPN.01 Piano Operativo annuale Area IPN CRUSCOTTO (Programmazione attività annuale) DOC.AIPN.04 Elenco Processi IO.AIPN.02 Istruzione operativa gestione programmazione e assegnazione delle pratiche PST.AIPN.05 Controllo Unità locale per motivi di Sanità Pubblica	Esiste il rischio che il Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato, attraverso la programmazione operativa, possa garantire un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto privato rientrante nell'ambito di competenza dell'Unità Funzionale Complessa	presenza di 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 considerare medio	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato al Direttore di Area di 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	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato al Direttore di Area di almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore di Unità Funzionale	31/12 di ogni anno		
3	Assegnazione delle pratiche	L'assegnazione delle pratiche agli operatori delle singole Unità Funzionali, è effettuata tramite applicativo SISPC, sulla base della pianificazione di Unità Funzionale Complessa, dell'Istruzione Operativa IO.AIPN.02 "GESTIONE PROGRAMMAZIONE E ASSEGNAZIONE PRATICHE IN AF IPN", del Cruscotto VAR.AIPN.01, del Funzionigramma DOC.AIPN.02 e della procedura PST.AIPN.05 "Controllo U.L. per motivi di sanità pubblica", tenendo conto dei carichi di lavoro, della professionalità e garantendo l'assenza di conflitti di interessi e un'adeguata rotazione. Per gli operatori del comparto l'assegnazione può essere effettuata dal dall'incarico di Funzione di TDP IPN. Per i dirigenti l'assegnazione è effettuata direttamente dal Direttore dell'Unità Funzionale.	Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato Incarico di Funzione di TDP IPN	PST.AIPN.05 "Controllo U.L. per motivi di sanità pubblica" Istruzione operativa IO.AIPN.02 "GESTIONE PROGRAMMAZIONE E ASSEGNAZIONE PRATICHE IN AF IPN" Cruscotto VAR.AIPN.01 Funzionigramma DOC.AIPN.02	Esiste il rischio che il Direttore dell'Unità Funzionale e/o il suo delegato e/o dall'incarico di Funzione di TDP IPN attraverso l'assegnazione delle pratiche, possano garantire un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto privato rientrante nell'ambito di competenza dell'Unità Funzionale Complessa	presenza di 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 considerare medio	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato di 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	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato di almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore di Unità Funzionale	31/12 di ogni anno
									Rilascio da parte dell'incarico di Funzione TDP IPN al Direttore dell'Unità Funzionale di 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.								X	Rilascio parte dell'incarico di Funzione TDP IPN al Direttore dell'Unità Funzionale di almeno una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore di Unità Funzionale	31/12 di ogni anno		
									Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata.								X	Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore di Unità Funzionale	31/12 di ogni anno		
4	Fase istruttoria	L'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione presente in archivio relativa alla struttura/attività da sottoporre a controllo e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività.	Operatori incaricati del controllo	Procedure Tecniche specifiche Istruzioni Operative e moduli pubblicate in Area Riservata del sito aziendale USL Toscana Centro nella sezione IPN Normative nazionali, regionali, comunali	Nessuno																		
5	Esecuzione del controllo	Gli operatori incaricati, di profili anche diversi, eseguono il sopralluogo analizzando il contesto, effettuando una o più operazioni di controllo presso l'U.L., raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per le valutazioni e/o i provvedimenti successivi al fine di rispondere al mandato definito nell'assegnazione della pratica. Al termine, redigono verbale/schede di sopralluogo, check list e/o rapporto conclusivo delle attività svolte e dei risultati ottenuti su specifica modulistica e attivano gli eventuali procedimenti sanzionatori amministrativi e/o penali. Le risultanze del sopralluogo saranno trasmesse alle figure professionali preposte e individuate nelle procedure e nei documenti di Area IPN per gli adempimenti del caso. Gli operatori rilasciano al proprio Direttore dell'Unità Funzionale una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	Operatori incaricati del controllo	PST.AIPN.05 "Controllo U.L. per motivi di sanità pubblica"	Esiste il rischio che gli operatori incaricati favoriscano il soggetto controllato alterando gli esiti dei controlli	presenza di conflitto di interessi	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa 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	Rilascio da parte di ogni operatore al proprio Direttore dell'Unità Funzionale di 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.										X	N° dichiarazioni di impegno a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata rilasciate dagli operatori / N° operatori incaricati delle attività di vigilanza	100%	Direttore di Unità Funzionale	31/12 di ogni anno
									Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata.							X	Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore di Unità Funzionale	31/12 di ogni anno			
									Applicazione della DGRT 1012/2015 e della DDG 4443/2009 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale, analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale.	X								Numero di programmi e riesame delle attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 e della DDG 4443/2009 entro la scadenza	100% dei programmi e relazioni di riesame di attività di supervisione redatti e pubblicati in base alla DGRT 1012 e alla DDG 4443/2009	Direttore di Unità Funzionale	Entro febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento		
6	Registrazione	Nel programma Sispc sono registrate le pratiche di vigilanza e ogni operatore inserisce le proprie attività svolte. Al termine effettua la chiusura della pratica sull'applicativo stesso.	Operatori incaricati del controllo	Sistema Prodotti Finiti RT Istruzioni applicativo SISPC procedure aziendali	Nessuno																		

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:	Benedetto Biagini
Struttura del RESP:	UFC Verifica Impianti e Macchine (VIM)
Data di aggiornamento:	01/12/2023

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	Richieste cartacee o digitali di affidamento verifica impianti e macchine Norme giuridiche che consentono le verifiche periodiche in esclusiva e d'iniziativa	Il processo si occupa dell'esecuzione dei controlli omologativi, periodici e straordinari obbligatori per legge su impianti, macchine ed attrezzature.	Certificati di omologazione Verbali di verifica	Amministrazioni condominiali Privati cittadini Strutture funzionali aziendali Datori di lavoro pubblici e privati Proprietari di impianti pubblici e privati

2 – ANALISI DEL PROCESSO																							
PREVEN004 - Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature - 01/12/2023																							
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) e protocollate sull'applicativo SISPC. Per gli impianti ascensori, nell'ambito Firenze, sono in essere affidamenti in via continuativa fino a didetta.	Segreteria della UF	PST.DPREV.VIM.01 "Verifiche di apparecchi di sollevamento, idrostrattori, scale aeree e ponti sviluppati" PST.DPREV.VIM.02 "Verifiche di riqualificazione periodica di attrezzature e insiemi a pressione" PST.DPREV.VIM.03 "Verifiche di impianti di riscaldamento" PST.DPREV.VIM.04 "Verifiche impianti messa a terra, di protezione contro le scariche atmosferiche. Omologazione verifiche di impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione" PST.DPREV.VIM.05 "Verifiche di ascensori e montacarichi"	Nessuno																		
2	Redazione del piano di lavoro operativo annuale	Il Direttore dell'Unità funzionale o suo delegato in collaborazione con i Dirigenti e gli incarichi di Funzione, definisce la programmazione delle 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), redatto ad inizio anno e identificato nel documento VAR.VIM.01. 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 UF, per garantire il rispetto delle scadenze delle verifiche. Gli impianti risultanti dalla determinazione degli impegni vengono assegnati agli Operatori afferenti alla UF, 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).	Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato Dirigenti Incarichi di Funzione	Obiettivi di Budget stabiliti dalla Direzione Aziendale PS.DPREV.02 Gestione della Programmazione ed Erogazione del Servizio	Esiste il rischio che il Direttore dell'Unità Funzionale e/o suo delegato e/o i Dirigenti e/o gli incarichi di Funzione, attraverso l'assegnazione delle pratiche, possano garantire un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto privato rientrando nell'ambito di competenza dell'Unità Funzionale Complessa	Presenza di conflitto di interessi	Medio		Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato al Direttore di Area di 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. Rilascio da parte dei Dirigenti e Incarichi di Funzione al Direttore di Unità Funzionale di 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 interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	X										Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato al Direttore di Area di almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza 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 operatore afferente alla UF provvede alla personale pianificazione operativa della sua attività, incrociando le proprie disponibilità con le necessità dei proprietari/responsabili degli impianti, in modo tale da portare a termine il programma a lui affidato, rispettando le scadenze delle relative verifiche.	Operatori afferenti alla UF	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. Per tutte le tipologie di verifiche è prevista una registrazione sull'apposita piattaforma informatica. L'effettuazione della verifica da parte dell'operatore termina con l'emissione del verbale o del certificato di omologazione e con l'archiviazione informatica e cartacea del fascicolo. Ogni operatore afferente alla UF rilascia al proprio Direttore dell'Unità Funzionale una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	Operatori afferenti alla UF	Leggi, Regolamenti e Norme Tecniche di settore Procedure ed Istruzioni Operative definite nel Sistema di Gestione della Qualità (SGQ) del Dipartimento di Prevenzione	Esiste il rischio che l'operatore avvantaggi un soggetto controllato rilasciando certificazioni non corrispondenti all'esito dei controlli	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Rilascio da parte di ogni operatore al proprio Direttore dell'Unità Funzionale di 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 interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata. Applicazione della DGRT 1012/2015 e della DDG 4443/2009 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale, analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale.	X									N° dichiarazioni di impegno a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività di verifica	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
5	Trasmissione dati per fatturazione e registrazione della fattura	Mensilmente il Direttore dell'Unità Funzionale estrae dall'applicativo i dati necessari alla fatturazione delle prestazioni effettuate, esegue un controllo sugli stessi e li invia alla SOC Clienti per l'emissione delle relative fatture. La SOC Clienti trasmette alla UFC VIM i numeri delle fatture emesse che vengono registrati all'interno dell'applicativo.	Direttore dell'Unità Funzionale	PST.DPREV.VIM.01 "Verifiche di apparecchi di sollevamento, idrostrattori, scale aeree e ponti sviluppati" PST.DPREV.VIM.02 "Verifiche di riqualificazione periodica di attrezzature e insiemi a pressione" PST.DPREV.VIM.03 "Verifiche di impianti di riscaldamento" PST.DPREV.VIM.04 "Verifiche impianti messa a terra, di protezione contro le scariche atmosferiche. Omologazione verifiche di impianti elettrici in luoghi con pericolo di esplosione" PST.DPREV.VIM.05 "Verifiche di ascensori e montacarichi"	Esiste il rischio che il Direttore di Unità Funzionale avvantaggi un soggetto controllato omettendo la trasmissione degli esiti del controllo alla SOC Clienti al fine di evitare l'emissione della relativa fattura.	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale al Direttore di Area di 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.															
6	Controllo dell'andamento dell'attività ed eventuali correttivi	Questo controllo, di norma mensile, è a cura del Direttore dell'Unità funzionale o suo delegato in collaborazione con i Dirigenti e gli incarichi di Funzione. 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 operatori, registrata nell'archivio informatico.	Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato Dirigenti o Incarichi di Funzione	VAR.VIM.01 "Programmazione Operativa Annuale dell'attività" PS.DPREV.02 "Gestione della programmazione ed erogazione del servizio"	Nessuno																		
7	Esame a consuntivo annuale	Attività a cura del Direttore dell'Unità Funzionale, 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.	Direttore dell'Unità Funzionale	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 Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare (prodotto finito PF 52 “certificazioni”)
Area di rischio:	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	PREVEN007
DIR:	Renzo Berti
Struttura del DIR:	Dipartimento della Prevenzione
RESP:	Luca Cianti
Struttura del RESP:	Area Funzionale Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Data di aggiornamento:	01/12/2023

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Cittadini Operatore Settore Alimentare	Richiesta di certificazione presentata da un soggetto esterno secondo modalità formali predefinite 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	Rilascio Certificazioni in Area SPVSA - Certificazioni per scambi, importazioni ed esportazioni di animali da reddito e da compagnia a finalità commerciale; - Certificazione idoneità sanitaria riproduttori - Certificato attestante l'avvenuto abbattimento di animali infetti - Certificazioni e attestazioni ufficiali, comprese prove diagnostiche, finalizzate al rilascio di documento di accompagnamento (verificare con Panerai Vet 13ter) - Certificazioni relative agli esami della commestibilità dei funghi al commercio - Certificazioni export prodotti e sottoprodotti di o.a. - Certificazioni movimentazioni animali affezione - Emissione giudizio di commestibilità alimenti su richiesta OSA - Altre certificazioni nell'interesse del privato di competenza esclusiva ASL	Cittadini Operatore Settore Alimentare

2.1 - Descrizione delle attività														2.2 - Valutazione dei rischi								2.3 - Trattamento del rischio				
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza					
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI									
1	Ricezione Richiesta Certificato	Gli operatori del servizio ricevono la richiesta di certificazione tramite canali istituzionali e ne effettuano la protocollazione e la registrazione su SISPC.	Operatori del servizio	PST.ASPVSA.14 "Certificazione vendita funghi" PST.ASPVSA.18 "Rilascio certificazione export" PST.ASPVSA.33 "Certificazione spostamento animali" PST.ASPVSA.22 "Import-Export_PET"																						
2	Verifica avvenuto pagamento in ottemperanza al tariffario regionale	Alla ricezione della richiesta, per le prestazioni per cui è previsto il pagamento anticipato, gli operatori del servizio verificano che il pagamento della tariffa dovuta sia stato effettuato in ottemperanza al tariffario regionale vigente. In caso contrario richiedono una integrazione. Per le altre prestazioni si applica la tariffa su base oraria di cui all'art. 10 dei D.Lgs. 02/02/2021 n. 32, tariffa in deroga al pagamento anticipato in quanto il suo ammontare non può essere determinato a priori (IO.DPREV.02). L'importo dovuto è determinato dagli operatori che erogano la prestazione attraverso la funzione "fatturazione" del gestionale SISPC. Gli operatori del servizio da SISPC emettono la richiesta di pagamento all'utente con periodicità almeno trimestrale. Periodicamente, in ottemperanza al decreto, gli operatori del servizio procedono, in accordo con la SOC Clienti, alla verifica dei mancati pagamenti e all'applicazione dei provvedimenti previsti dall'art. 17 commi dal 3 al 6 del D.Lgs. 02/02/2021 n. 32 per omesso pagamento.	Operatori del servizio	DGRT 505 DEL 02/05/2022 "Nuovo tariffario delle prestazioni del Dipartimento della Prevenzione delle Aziende USSL della Toscana – Revoca della Delibera 21.12.202 n. 1606" D.Lgs. 02/02/2021 n. 32 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2017/625 ai sensi dell'articolo 12, comma 3, lettera g) della legge 4 ottobre 2019, n. 117" Delibera DG n. 694 del 19.06.2020 "Regolamento per recupero crediti"	Esiste il rischio che il processo possa andare avanti anche se la tariffa regionale per l'attività non è stata incassata	Presenza di conflitto di interessi Controlli non sufficienti per prevenire il rischio	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio.	Rilascio da parte di ogni operatore amministrativo al Direttore dell'Unità Funzionale di 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.								X	N° dichiarazioni di impegno a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rilasciate dagli operatori amministrativi/ N° operatori amministrativi coinvolti	100%	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno					
									Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata.							X	Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno						
									Verifica a campione di 10 pratiche (annuali) per Area Funzionale estraendo casualmente dall'applicativo SISPC.	X							Verifica a campione di 10 pratiche/anno (SI/NO)	SI	Direttore dell'Unità Funzionale in collaborazione con il Referente anticorruzione PISLL	31/12 di ogni anno						
3	Assegnazione pratica	L'assegnazione delle pratiche agli operatori è effettuata tramite applicativo SISPC, sulla base della programmazione di Unità Funzionale Complessa e dell'istruzione Operativa IO.ASPVSA.01 "Assegnazione Pratiche SPVSA", tenendo conto dei carichi di lavoro, della professionalità e garantendo l'assenza di conflitti di interessi e un'adeguata rotazione. Per gli operatori del comparto l'assegnazione può essere effettuata dall'incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione SPVSA. Per i dirigenti l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte del Direttore dell'Unità Funzionale o suoi delegati.	Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato Incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione SPVSA	IO.ASPVSA.01 "Assegnazione Pratiche SPVSA"	Esiste il rischio che il Direttore dell'Unità Funzionale e/o suo delegato e/o l'Incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione SPVSA, attraverso l'assegnazione delle pratiche, possano garantire un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto privato rientrando nell'ambito di competenza dell'Unità Funzionale Complessa	Presenza di 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 considerare medio.	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato al Direttore di Area di 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	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato di almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno				
									Rilascio da parte dell'Incarico di Funzione Tecnici della Prevenzione SPVSA al Direttore di Unità Funzionale di 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.							X	Rilascio da parte dell'Incarico di Funzione Tecnici della Prevenzione SPVSA di almeno una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno						
									Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata							X	Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno						
4	Fase istruttoria	L'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione della pratica per il rilascio della certificazione e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività.	Operatore assegnatario della pratica	PST.ASPVSA.14 "Certificazione vendita funghi" PST.ASPVSA.18 "Rilascio certificazione export" PST.ASPVSA.33 "Certificazione spostamento animali" PST.ASPVSA.22 "Import-Export_PET"	Nessuno																					
5	Richiesta Integrazioni	L'operatore assegnatario della pratica può richiedere formalmente al richiedente la prestazione, integrazioni e/o modifiche della documentazione o di altri elementi tecnici di conoscenza, non desumibili dalla documentazione agli atti della struttura.	Operatore assegnatario della pratica	PST.ASPVSA.14 "Certificazione vendita funghi" PST.ASPVSA.18 "Rilascio certificazione export" PST.ASPVSA.33 "Certificazione spostamento animali" PST.ASPVSA.22 "Import-Export_PET"	Nessuno																					
6	Sopralluogo	Se necessario, in rapporto al tipo di certificazione richiesta, uno o più operatori di profili anche diversi, eseguono un sopralluogo analizzando il contesto, effettuando una o più operazioni di controllo ufficiale e raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi. Nel corso del sopralluogo possono eventualmente essere effettuate misure strumentali o prelievi di campioni in qualsiasi matrice. Gli esiti e le misurazioni sono successivamente analizzate da un punto di vista igienico-sanitario e confrontati con i dati presenti in letteratura e con i limiti previsti nelle norme, al fine di dar luogo al successivo processo decisionale. Ogni operatore rilascia al proprio Direttore dell'Unità Funzionale una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	Operatore assegnatario della pratica	Reg. CE 852/2004 Reg. CE 853/2004 Reg. CE 854/2004 Reg. CE 882/2004 DMS 309/2000 Reg. CE 142/2011 Reg. UE 2017/625 DGISAN 0046272-P-05/12/2016 DGRT 212 28/02/2022 Reg. CE 1069/09 Reg. CE 183/05 Reg. 576/2013 Reg. 429/2016	Esiste il rischio che gli operatori incaricati favoriscano il soggetto richiedente alterando gli esiti dei controlli.	Presenza di conflitto di interessi Controlli non sufficienti per prevenire il rischio	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa 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.	Rilascio da parte di ogni operatore al proprio Direttore dell'Unità Funzionale di 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.										X	N° dichiarazioni di impegno a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rilasciate dagli operatori / N° operatori incaricati delle attività di controllo	100%	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno			
									Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata							X	Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno						
									Applicazione della DGRT 1012/2015 e della DDG 4443/2009 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale, analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale.	X							Numero di programmi e relazioni di riesame delle attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 e alla DDG 4443/2009 entro la scadenza	100% dei programmi e relazioni di riesame di attività di supervisione redatti e pubblicati in base alla DGRT 1012 e alla DDG 4443/2009	Direttore dell'Unità Funzionale	Entro febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento						
7	Rilascio della certificazione	Redazione certificato e consegna all'interessato della documentazione/certificazione richiesta.	Operatori del servizio	Redazione secondo le procedure tecniche e/o le indicazioni applicabili DGRT 1012/2015 -Supervisione professionale	Nessuno																					

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Rilascio di certificazione in Area Igiene Pubblica e della Nutrizione (prodotto finito PF 52 “certificazioni”)
Area di rischio:	Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	PREVEN009
DIR:	Renzo Berti
Struttura del DIR:	Dipartimento della Prevenzione
RESP:	Giorgio Garofalo
Struttura del RESP:	Area Igiene Pubblica e della Nutrizione (IPN)
Data di aggiornamento:	01/12/2023

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Cittadini Comuni	Richiesta da parte di un soggetto esterno presentata secondo modalità formale predefinita dalla struttura erogatrice	Rilascio da parte della Unità Funzionale Complessa competente di certificazioni in forma cartacea attestanti la conformità alle normative vigenti	<p>Certificazioni in Area IPN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valutazione resa in sede di Commissione esame per rilascio certificazione alla vendita di prodotti fitosanitari e loro coadiuvanti - Certificazione di osservanza delle prescrizioni di cui all'art. 30 DPR 285/90 per estradizione dal Paese di salme dirette verso Stati non aderenti alla Convenzione internazionale di Berlino. - Dichiarazione sulla esistenza/inesistenza di condizioni pregiudizievoli alla salute pubblica per la autorizzazione alla estumulazione del feretro destinato ad essere trasportato in altra sede - Disposizioni per trasporto di urne contenenti residui della cremazione, nel caso di presenza di nuclidi radioattivi - Altre certificazioni nell'interesse del privato di competenza esclusiva ASL 	Cittadini Comuni

2 – ANALISI DEL PROCESSO																															
PREVEN009 - Rilascio di certificazione in Area Igiene Pubblica e della Nutrizione (prodotto finito PF 52 "certificazioni") - 01/12/2023																															
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 Richiesta Certificato	Il personale amministrativo riceve la richiesta e ne effettua la protocollazione e la registrazione su SISPC.	Personale amministrativo	IO.AIPN.02 "Gestione Programmazione e assegnazione pratiche in Area Funzionale IPN"	Nessuno																										
2	Verifica avvenuto pagamento in ottemperanza al tariffario regionale	Il personale amministrativo verifica l'avvenuto pagamento, sulla base della documentazione allegata ai moduli di richiesta, e la corrispondenza dello stesso con quanto previsto dal Tariffario della Prevenzione aziendale. Se il controllo ha esito positivo trasmette la richiesta al Direttore di Unità Funzionale per l'assegnazione della pratica. Nel caso in cui non sia possibile determinare in anticipo l'ammontare esatto della prestazione da erogare, il personale amministrativo provvede all'emissione del documento contabile in seguito all'acquisizione degli elementi forniti dal Direttore di Unità Funzionale successivamente all'erogazione della prestazione.	Personale amministrativo	Delibera di Giunta Regionale n. 505 del 2 maggio 2022, recepito con la delibera dell'Azienda USL Toscana Centro n. 589 del 27 maggio 2022 PAC 0303 Ricavi per prestazioni sanitarie e socio sanitarie a rilevanza sanitaria	Esiste il rischio che il processo possa andare avanti anche se la tariffa regionale per l'attività non è stata incassata	Presenza di conflitto di interessi Controlli non sufficienti per prevenire il rischio	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio.	Rilascio da parte di ogni operatore amministrativo al Direttore dell'Unità Funzionale di 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.									X	N° dichiarazioni di impegno a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata rilasciate dagli operatori amministrativi/ N° operatori amministrativi coinvolti	100%	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno									
									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	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.	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno								
									Verifica a campione di 10 pratiche (annuali) per Area Funzionale estraendo casualmente dall'applicativo SISPC.	X																Verifica a campione di 10 pratiche/anno (SI/NO)	SI	Direttore dell'Unità Funzionale in collaborazione con il Referente anticorruzione PISLL	31/12 di ogni anno		
3	Assegnazione pratica	L'assegnazione delle pratiche agli operatori è effettuata 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 SISPC. Per i Dirigenti l'assegnazione è effettuata direttamente dal Direttore dell'Unità Funzionale. Per gli operatori del comparto l'assegnazione è effettuata dal Tecnico della prevenzione coordinatore o dal Responsabile dei Tecnici della Prevenzione. Le assegnazioni vengono effettuate secondo le indicazioni dell'Istruzione operativa IO.AIPN.02 "Gestione programmazione e assegnazione pratiche in AF IPN", del Cruscotto VAR.AIPN.01 e del Funzionigramma DOC.AIPN.02.	Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato Incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione IPN	Istruzione operativa IO.AIPN.02 "Gestione programmazione e assegnazione pratiche in AF IPN" Cruscotto VAR.AIPN.01 Funzionigramma DOC.AIPN.02	Esiste il rischio che il Direttore dell'Unità Funzionale e/o suo delegato e/o l'Incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione IPN, attraverso l'assegnazione delle pratiche, possano garantire un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto privato rientrando nell'ambito di competenza dell'Unità Funzionale Complessa	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato al Direttore di Area di 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	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato di almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno								
								Rilascio da parte dell'Incarico di Funzione Tecnici della Prevenzione IPN al Direttore di Unità Funzionale di 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.																	X	Rilascio da parte dell'Incarico di Funzione Tecnici della Prevenzione IPN di almeno una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno		
								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	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.	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno	
4	Fase istruttoria	L'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione della pratica per il rilascio della certificazione e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività.	Operatore incaricato	DPR285/1990 L.R. 18/2007 L.R. 02/2019 T.U.L.S. art. 222 D. Lgs. 18/2023	Nessuno																										
5	Richiesta Integrazioni	L'operatore assegnatario della pratica può richiedere formalmente informazioni, integrazioni e/o modifiche della documentazione o di altri elementi tecnici di conoscenza, non desumibili dalla documentazione presentata.	Dirigente Operatore incaricato Personale amministrativo	DPR285/1990 L.R. 18/2007 L.R. 02/2019 T.U.L.S. art. 222 D. Lgs. 18/2023	Nessuno																										
6	Sopralluogo	Uno o più operatori incaricati, di profili anche diversi, effettuano il sopralluogo analizzando il contesto, raccogliendo informazioni e/o documenti necessari per le valutazioni al fine dell'emissione del certificato. Ogni operatore rilascia al proprio Direttore dell'Unità Funzionale una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	Operatore incaricato	Normativa nazionale, regionale e comunale Istruzione operativa IO.AIPN.02 "Gestione programmazione e assegnazione pratiche in AF IPN" Cruscotto VAR.AIPN.01 Funzionigramma DOC.AIPN.02	Esiste il rischio che gli operatori incaricati favoriscano il soggetto richiedente alterando gli esiti dei controlli.	Presenza di conflitto di interessi Controlli non sufficienti per prevenire il rischio	Medio	Rilascio da parte di ogni operatore al proprio Direttore dell'Unità Funzionale di 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.												X	N° dichiarazioni di impegno a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata rilasciate dagli operatori / N° operatori incaricati delle attività di vigilanza	100%	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno							
								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	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.	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno		
								Applicazione della DGRT 1012/2015 e della DDG 4443/2009 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale, analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale.	X																		Numero di programmi e relazioni di riesame delle attività di supervisione effettuati con riferimento alla DGRT 1012/2015 e alla DDG443/2009 entro la scadenza	100% dei programmi e relazioni di riesame di attività di supervisione redatti e pubblicati in base alla DGRT 1012 e alla DDG 4443/2009	Direttore dell'Unità Funzionale	Entro febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento	
7	Rilascio della certificazione	Redazione del certificato e consegna/invio all'interessato.	Dirigenti Operatore incaricato Personale amministrativo	DPR285/1990 L.R. 18/2007 L.R. 02/2019 T.U.L.S. art. 222 D. Lgs. 18/2023	Nessuno																										
8	Registrazione	Nel programma Sisp sono registrate le pratiche di rilascio certificazione e ogni operatore inserisce le proprie attività svolte.	Operatore incaricato	Sistema Prodotti Finiti RT Programma SISPC	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:	01/12/2023

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Cittadini Aziende Regione	Richiesta di certificazione	Rilascio da parte della Unità Funzionale Complessa competente di certificazioni (in forma cartacea/elettronica o equivalente) attestante la conformità di un prodotto o di un servizio alla normativa vigente	Certificato di restituibilità di ambienti bonificati per amianto	Cittadini Aziende Regione

2 – ANALISI DEL PROCESSO																																		
PREVEN010 - Rilascio di certificazione in Area Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro - 01/12/2023																																		
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 Richiesta Certificato	Il personale amministrativo riceve la richiesta e ne effettua la protocollazione e la registrazione su SISPC.	Personale amministrativo	IO.APISLL.01 "Gestione Pratiche in Area Funzionale PISLL"	Nessuno																													
2	Assegnazione delle pratiche	L'assegnazione delle pratiche agli operatori è effettuata tramite applicativo SISPC, sulla base della programmazione di Unità Funzionale Complessa e dell'Istruzione Operativa IO.APISLL.01 "Gestione Pratiche in Area Funzionale PISLL", tenendo conto dei carichi di lavoro, della professionalità e garantendo l'assenza di conflitti di interessi e un'adeguata rotazione. Per gli operatori del comparto l'assegnazione può essere effettuata dall'incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione PISLL. Per i dirigenti l'assegnazione è decisa con modalità diversificate da parte del Direttore dell'Unità Funzionale o suoi delegati.	Direttore dell'Unità Funzionale o suo delegato incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione PISLL	IO.APISLL.01 "Gestione Pratiche in Area Funzionale PISLL"	Esiste il rischio che il Direttore dell'Unità Funzionale e/o suo delegato e/o l'incarico di Funzione dei Tecnici della Prevenzione PISLL, attraverso l'assegnazione delle pratiche, possano garantire un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto privato rientrante nell'ambito di competenza dell'Unità Funzionale Complessa	Presenza di 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 considerare medio.	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato al Direttore di Area di 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	Rilascio da parte del Direttore dell'Unità Funzionale e suo delegato di almeno una dichiarazione nella quale si impegnano a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno										
									Rilascio da parte dell'incarico di Funzione Tecnici della Prevenzione PISLL al Direttore di Unità Funzionale di 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.																		X	Rilascio da parte dell'incarico di Funzione Tecnici della Prevenzione PISLL di almeno una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	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 interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno	
3	Fase istruttoria	L'operatore incaricato consulta e valuta la documentazione della pratica per il rilascio della certificazione e prepara la documentazione necessaria allo svolgimento dell'attività.	Operatore assegnatario della pratica	Procedure specifiche del sistema gestione qualità applicabili PST.APISLL.11 Campioni di restituibilità amianto PST.APISLL.10 Controllo bonifica amianto	Nessuno																													
4	Richiesta Integrazioni	L'operatore assegnatario della pratica può richiedere formalmente informazioni al richiedente la prestazione, integrazioni e/o modifiche della documentazione o di altri elementi tecnici di conoscenza, non desumibili dalla documentazione presentata.	Operatore assegnatario della pratica	Normative di riferimento Procedure specifiche del sistema gestione qualità applicabili PST.APISLL.11 Campioni di restituibilità amianto PST.APISLL.10 Controllo bonifica amianto	Nessuno																													
5	Sopralluogo con eventuali prelievi/misure strumentali e/o valutazione esiti analitici	Se necessario, in rapporto al tipo di certificazione richiesta, uno o più operatori di profili anche diversi, effettuano un sopralluogo analizzando il contesto, effettuando una o più operazioni di controllo ufficiale e raccogliendo informazioni e/o documenti, necessari per valutazioni e/o provvedimenti successivi. Nel corso del sopralluogo possono eventualmente essere effettuate misure strumentali o prelievi di campioni in qualsiasi matrice. Gli esiti e le misurazioni sono successivamente analizzate da un punto di vista igienico-sanitario e confrontati con i dati presenti in letteratura e con i limiti previsti nelle norme, al fine di dar luogo al successivo processo decisionale. Ogni operatore rilascia al proprio Direttore dell'Unità Funzionale una dichiarazione nella quale si impegna a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata.	Operatore assegnatario della pratica	PS.DPREV.05 Verifiche ispettive interne e supervisione professionale PST.APISLL.11 Campioni di restituibilità amianto PST.APISLL.10 Controllo bonifica amianto	Esiste il rischio che gli operatori incaricati favoriscano il soggetto richiedente alterando gli esiti dei controlli.	Presenza di conflitto di interessi Controlli non sufficienti per prevenire il rischio	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa 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.	Rilascio da parte di ogni operatore al proprio Direttore dell'Unità Funzionale di 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.												X	N° dichiarazioni di impegno a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata rilasciate dagli operatori / N° operatori incaricati delle attività di controllo	100%	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno									
									Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata																		X	Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno			
									Applicazione della DGRT 1012/2015 e della DDG 4443/2009 attraverso l'analisi del rischio e correlata programmazione di attività di supervisione professionale, analisi e valutazione delle risultanze scaturite dall'attività di supervisione professionale.	X																				100% dei programmi e relazioni di riesame delle attività di supervisione redatti e pubblicati in base alla DGRT 1012 e alla DDG 4443/2009	Direttore dell'Unità Funzionale	Entro febbraio dell'anno successivo a quello di riferimento		
6	Emissione della fattura	Il personale amministrativo verifica che la fattura sia stata emessa in ottemperanza al tariffario regionale vigente anche in relazione, per esempio, al numero di prelievi/misure strumentali 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.	Personale amministrativo	Tariffario regionale PST.APISLL.11 Campioni di restituibilità amianto PST.APISLL.10 Controllo bonifica amianto 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	Presenza di conflitto di interessi Controlli non sufficienti per prevenire il rischio	Medio	Il livello di rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico e reputazionale si può considerare medio.	Rilascio da parte di ogni operatore amministrativo al Direttore dell'Unità Funzionale di 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.												X	N° dichiarazioni di impegno a segnalare la presenza di conflitti di interesse anche potenziali rispetto all'attività assegnata rilasciate dagli operatori amministrativi/ N° operatori amministrativi coinvolti	100%	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno									
									Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata																			X	Invio di almeno un promemoria all'anno per ricordare a tutti i soggetti coinvolti, la necessità di segnalare eventuali insorgenze di conflitti di interessi anche potenziali rispetto all'attività assegnata (SI/NO)	SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno		
									Verifica a campione di 10 pratiche (annuali) per Area Funzionale estraendo casualmente dall'applicativo SISPC	X																				SI	Direttore dell'Unità Funzionale	31/12 di ogni anno		
7	Rilascio della certificazione	Redazione certificato e consegna all'interessato della documentazione/certificazione richiesta.	Dirigente/operatore del comparto Personale amministrativo	Redazione secondo la procedura tecnica e/o le indicazioni applicabili PST.APISLL.11 Campioni di restituibilità amianto PST.APISLL.10 Controllo bonifica amianto	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:	01/12/2023

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 - 01/12/2023																					
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	Programmazione attività di educazione e promozione alla salute per le scuole	In base al Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione, ai raccordi con l'Ufficio Scolastico provinciale e regionale, alle evidenze epidemiologiche del territorio, viene redatta una proposta di offerta educativa rivolta alle scuole di ogni ordine e grado, coerente al programma regionale "PP1 Scuole che promuovono salute", in attesa di ulteriore definizione di risorse e contenuti, come meglio specificato nelle fasi successive.	Direttore UFC Promozione della salute Operatori della UFC Promozione della salute	Piano Regionale per la Prevenzione (PRP) 2020-2025, in particolare PP1 Scuole che promuovono salute Accordo DGRT 796/2022 Decreto n.26018 del 30/12/2022 Ogni anno l'Offerta Educativa viene validata con delibera del Direttore Generale	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, coadiuvato dagli operatori referenti della UFC, effettua una ricognizione del personale interno della Struttura e richiede alle altre Strutture Aziendali interessate la disponibilità di collaboratori per effettuare i percorsi educativi individuati nel programma "Offerta Educativa". Il Direttore della Unità Funzionale Promozione della Salute, effettua, in raccordo con gli operatori della UFC, l'individuazione delle referenze sulle varie progettualità e richiede conferma della disponibilità ai Direttori delle strutture interessate/individuate. A seguito delle risposte pervenute effettua la raccolta e censimento delle disponibilità dei collaboratori esperti disponibili a svolgere interventi specifici in base alle competenze e agli impegni di lavoro.	Direttore UFC Promozione della salute Referenti dei progetti Personale amministrativo	Procedura PST.DPREV.PS.01 "Percorsi educativi alle scuole"	Una non corretta ricognizione interna potrebbe: - non garantire la partecipazione a tutti i collaboratori aziendali e la rotazione di quelli già coinvolti; - favorire il ricorso a professionisti esterni anche in presenza di personale aziendale idoneo allo svolgimento dell'attività	Mancanza di trasparenza	Basso	Il livello di rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa, grazie all'adozione della nuova procedura aziendale, e il livello di impatto economico/reputazionale si può considerare 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 coadiuvato dai referenti della UFC, 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 Promozione della salute Referenti dei progetti Personale 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	Mancanza di rotazione	Basso	Il livello di rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa, grazie al ricorso alla procedura aziendale ABS, e il livello di impatto economico/reputazionale si può considerare basso.													
4	Redazione definitiva delibera e pubblicazione del documento di programma "Offerta Educativa"	Acquisiti elementi relativi ai contenuti e risorse disponibili, si procede alla redazione definitiva del programma "Offerta Educativa", alla deliberazione aziendale e alla pubblicazione del programma sul sito web aziendale	Direttore UFC Promozione della salute	Procedura aziendale delibere	Nessuno																
5	Adesioni delle Scuole alle proposte educative	Dopo la pubblicazione del Programma "Offerta Educativa" sul sito internet aziendale, gli operatori della UFC Promozione della Salute si rendono disponibili nei confronti dei referenti per illustrazione e chiarimenti sulle singole proposte educative. Successivamente le scuole interessate aderiscono ai singoli progetti inviando alla UFC Promozione della salute i moduli di adesione debitamente compilati.	Direttore UFC Promozione della salute Operatori della UFC Promozione della salute	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 UFC Promozione della Salute raccolgono e analizzano le adesioni delle scuole, pervenute attraverso inoltri 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 criteri stabiliti dalla procedura stessa. 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 Promozione della salute Operatori della UFC Promozione della salute	Procedura PST.DPREV.PS.01 "Percorsi educativi alle scuole"	Nessuno																
7	Organizzazione operativa dei percorsi educativi nelle scuole richiedenti	Gli operatori della UFC concordano, con gli insegnanti ed i referenti di educazione alla salute delle scuole, azioni e programmi per la realizzazione delle singole proposte educative, predisponendo i calendari.	Direttore UFC Promozione della salute Operatori della UFC Promozione della salute	Nessuno	Nessuno																
8	Realizzazione dei percorsi educativi e di promozione della salute nelle Scuole	Gli operatori della UFC Promozione della salute realizzano e/o coordinano i collaboratori aziendali e gli esperti esterni all'Azienda nello svolgimento dei percorsi educativi nelle Scuole in coerenza con i percorsi concordati e sotto la stretta supervisione dei referenti di progetto.	Direttore UFC Promozione della salute Operatori della UFC Promozione della salute	Procedura PST.DPREV.PS.01 "Percorsi educativi alle scuole"	Nessuno																
9	Registrazione, monitoraggio e valutazione finale complessiva dei percorsi educativi e liquidazione affidamenti esterni	Registrazione delle attività su apposito applicativo a cura del referente del progetto educativo e 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 la valutazione degli affidamenti esterni possono essere effettuati questionari di gradimento/feedback somministrati ai destinatari e raccolte altre evidenze da parte dei soggetti coinvolti e sulla base della valutazione espressa dal referente della UFC per lo specifico progetto (tenuta d'aula, metodologie, rispetto dei tempi, appropriatezza dei contenuti, etc.). La liquidazione delle prestazioni esterne avviene a seguito di valutazione positiva da parte del Responsabile della UFC Promozione della salute della relazione presentata a conclusione del percorso, validata dal referente del progetto educativo, 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 Promozione della salute Referenti di progetto Operatori della UFC Promozione della salute	Procedura PST.DPREV.PS.01 "Percorsi educativi alle scuole"	Nessuno																
10	Registrazione monitoraggio e valutazione finale complessiva del programma "Offerta Educativa"	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 Promozione della salute Operatori della UFC Promozione della salute Personale amministrativo UFC Promozione della salute	Procedura PST.DPREV.PS.01 "Percorsi educativi alle scuole"	Nessuno																

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

Nome del processo:	Coordinamento e omogenizzazione presidi e servizi territoriali
Area di rischio:	Attività sanitarie non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	RETSAN001
DIR:	Daniele Mannelli
Struttura del DIR:	Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale
RESP:	Lorenzo Baggiani
Struttura del RESP:	Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati
Data di aggiornamento:	23/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Aziendale Altre strutture aziendali esterne al dipartimento Strutture del dipartimento	Atti della Direzione Aziendale Procedure aziendali Fabbisogni specifici dei presidi territoriali	Il processo garantisce, in coerenza con le strategie aziendali e zonali, il coordinamento e l'omogenizzazione delle attività di gestione e organizzazione dei presidi territoriali e dei servizi sanitari erogati.	Verbali riunioni interne dipartimentali Documenti prodotti nell'ambito degli incontri di coordinamento di zona (istruzioni operative, mail, comunicazioni, etc.)	Responsabili di presidio

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
RETSAN001 - Coordinamento e omogenizzazione presidi e servizi territoriali - 23/01/2024																					
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 delle esigenze di coordinamento e omogenizzazione	Le esigenze di coordinamento e omogenizzazione possono provenire da: - Atti della Direzione Aziendale (p.e. necessità di adozione/aggiornamento dei regolamenti dei presidi; organizzazione delle centrali operative territoriali; etc.) - Altre strutture aziendali esterne al dipartimento su specifiche problematiche (p.e. applicazione della normativa antincendio; applicazione misure igienico-sanitarie; etc.); - Strutture del dipartimento per specifiche esigenze interne (p.e. necessità di riorganizzazione dei servizi nei presidi territoriali; gestione di particolari emergenze; etc.). Le richieste sono analizzate dalla Direzione Dipartimentale.	Direzione di dipartimento Segreteria di dipartimento	Delibera n.477 21/03/2019 Legge Regionale 40/2005	Nessuno																
2	Organizzazione degli incontri di coordinamento	La Direzione dipartimentale convoca periodicamente le riunioni interne dipartimentali con i Coordinatori sanitari dei servizi di zona. Per ogni riunione è redatto un verbale nel quale sono riportate le attività da svolgere in relazione alle specifiche esigenze rilevate. Sulla base di quanto concordato nelle riunioni dipartimentali, i Coordinatori sanitari dei servizi di zona convocano le riunioni con i Direttori dei presidi di zona e il personale dei servizi interessati. Negli incontri vengono concordate le attività da svolgere nei presidi zonali in relazione alle specifiche esigenze. Alle riunioni può partecipare anche personale di altre strutture aziendali eventualmente coinvolte esterne al dipartimento.	Direzione di dipartimento Segreteria di dipartimento Coordinatori sanitari dei servizi di zona	Delibera n.477 21/03/2019 Legge Regionale 40/2005	Nessuno																
3	Monitoraggio e controllo	I Coordinatori sanitari dei servizi di zona, in collaborazione con i Responsabili di presidio, verificano l'attuazione di quanto stabilito dai gruppi di coordinamento ed individuano eventuali azioni correttive da sviluppare a livello di presidio, coordinamento o dipartimentale.	Coordinatori sanitari dei servizi di zona	Delibera n.477 21/03/2019 Legge Regionale 40/2005	Nessuno																

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

Nome del processo:	Affidamento degli incarichi dirigenziali di natura gestionale
Area di rischio:	Incarichi e nomine
Processi connessi:	
Codice:	RISUMA001
DIR:	Arianna Tognini
Struttura del DIR:	Dipartimento Risorse umane
RESP:	Arianna Tognini
Struttura del RESP:	SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali
Data di aggiornamento:	10/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clients
Direzione Aziendale Dipartimenti aziendali	Richiesta di attivazione della procedura di selezione interna per la copertura di incarichi dirigenziali di struttura vacanti	Il processo si occupa di gestire le attività relative all'affidamento interno di incarichi dirigenziali di natura gestionale - Area dirigenza medica e veterinaria, sanitaria non medica e PTA.	Delibera di conferimento dell'incarico	Dirigente incaricato Direttore del Dipartimento interessato SOC Gestione complessiva delle variabili SOC Trattamento giuridico

2 - ANALISI DEL PROCESSO																					
RISUMAZIONE - Affidamento degli incarichi dirigenziali di natura gestionale - 10/01/2024																					
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	Attivazione della selezione	Il personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali riceve la richiesta di attivazione della selezione sulla base di quanto previsto dalle delibere di organizzazione aziendale.	Personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	D.Lgs. 502/1992 D.P.R. 484/1997 CC.CC.NN.LL. Regolamento AUSL TC per l'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali area dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e PTA, approvato con delibera D.G. n. 751 del 29 maggio 2018 Format aziendale bando	Nessuno																
2	Raccolta mission e obiettivi	Il personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali richiede ai Direttori dei Dipartimenti interessati di indicare la mission e gli obiettivi specifici delle singole strutture nonché i requisiti di partecipazione dei candidati da inserire nel bando. Mission, obiettivi (sintetica elencazione delle principali attività) della struttura la cui direzione è oggetto della selezione e i requisiti di partecipazione, sono stabiliti a priori dai rispettivi dipartimenti e successivamente comunicati alle segreterie dei Collegi Tecnici per l'inserimento nel format di avviso della selezione interna. Al fine di ridurre al massimo i margini di discrezionalità, mission e obiettivi rimangono invariati anche per le successive selezioni per la direzione della medesima struttura.	Personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	D.Lgs. 502/1992 D.P.R. 484/1997 CC.CC.NN.LL. Regolamento AUSL TC per l'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali area dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e PTA, approvato con delibera D.G. n. 751 del 29 maggio 2018 Format aziendale bando	Nessuno																
3	Predisposizione bando	Il personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali predispone il bando con indicazione di mission e obiettivi, requisiti generali di partecipazione, requisiti professionali adeguati alla struttura a cui l'incarico afferisce e modalità di svolgimento della selezione. Gli avvisi di selezione interna per il conferimento di incarichi gestionali sono predisposti secondo un format standard condiviso con la Direzione Aziendale, che limita il margine di discrezionalità.	Personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	D.Lgs. 502/1992 D.P.R. 484/1997 CC.CC.NN.LL. Regolamento AUSL TC per l'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali area dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e PTA, approvato con delibera D.G. n. 751 del 29 maggio 2018 Format aziendale bando	Il bando potrebbe contenere requisiti eccessivamente dettagliati o generici, tali da condizionare all'origine il processo di valutazione	Mancanza di regolamentazione	Basso	Il rischio è stato valutato basso in quanto la probabilità di accadimento è bassa data la predisposizione dei bandi sulla base di format standard prestabiliti e condivisi con la Direzione Aziendale. L'impatto economico reputazionale si può considerare basso.													
4	Pubblicazione bando	Il bando predisposto secondo le modalità descritte nelle precedenti fasi, viene pubblicato per 15 giorni lavorativi sul portale del Dipartimento Risorse Umane "Servizi online per i dipendenti", accessibile dal sito intranet aziendale. Inoltre, viene data opportuna comunicazione alle organizzazioni sindacali della dirigenza e a tutti i Dipartimenti aziendali.	Personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	D.Lgs. 502/1992 D.P.R. 484/1997 CC.CC.NN.LL. Regolamento AUSL TC per l'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali area dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e PTA, approvato con delibera D.G. n. 751 del 29 maggio 2018 Format aziendale bando	Nessuno																
5	Raccolta domande presentate e verifica requisiti	Il personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali raccoglie le domande presentate attraverso la compilazione di uno specifico modulo on line presente sul portale del Dipartimento Risorse Umane e richiede al settore giuridico lo stato di servizio di ciascun candidato, al fine di verificare la sussistenza dei requisiti richiesti	Personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	D.Lgs. 502/1992 D.P.R. 484/1997 CC.CC.NN.LL. Regolamento AUSL TC per l'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali area dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e PTA, approvato con delibera D.G. n. 751 del 29 maggio 2018 Format aziendale bando	Nessuno																
6	Riunione del Collegio Tecnico	Il personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali invia al Collegio Tecnico la documentazione necessaria per la procedura di selezione degli incarichi dirigenziali a carattere gestionale. Il collegio provvede alla selezione dei candidati, valutando e comparando i curricula presentati sulla base dei criteri generali indicati dal bando ed il relativo stato di servizio. Ove ritenuto necessario dal Collegio Tecnico, può essere previsto anche lo svolgimento di un colloquio. I criteri di formazione definiti dal regolamento aziendale assicurano un'adeguata rotazione degli incarichi di membro del Collegio Tecnico, viste le diverse tipologie di struttura a selezione, la possibilità di delega, nonché il naturale avvicendamento nella titolarità degli incarichi gestionali. E' stato stimato, pertanto, che lo stesso Collegio Tecnico si riunisce al massimo due volte l'anno.	Personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali Collegio Tecnico individuato sulla base del regolamento aziendale vigente	D.Lgs. 502/1992 D.P.R. 484/1997 CC.CC.NN.LL. Regolamento AUSL TC per l'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali area dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e PTA, approvato con delibera D.G. n. 751 del 29 maggio 2018 Format aziendale bando	Esiste il rischio che i membri del Collegio Tecnico riconoscano un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un partecipante alla selezione	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio in quanto la probabilità di accadimento è alta per la presenza di possibili conflitti di interessi e l'impatto economico reputazionale si può considerare basso.	Rilascio da parte di tutti i membri dei Collegi Tecnici della dichiarazione di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 165/2001 e dell'attestazione di assenza di conflitto di interessi					X	N° di dichiarazioni rilasciate dai componenti dei Collegi Tecnici / N° di membri del collegio tecnico individuati per anno e per ciascun verbale	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
7	Verbale del Collegio Tecnico	Il personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali riceve il verbale redatto dal Collegio Tecnico contenente la rosa dei candidati idonei. Il verbale viene inviato al Direttore Generale per l'individuazione del soggetto a cui affidare l'incarico.	Collegio Tecnico Personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	D.Lgs. 502/1992 D.P.R. 484/1997 CC.CC.NN.LL. Regolamento AUSL TC per l'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali area dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e PTA, approvato con delibera D.G. n. 751 del 29 maggio 2018 Format aziendale bando	Nessuno																
8	Conferimento incarico	Il personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali riceve l'indicazione del nominativo da parte del Direttore Generale. Successivamente, predispone la proposta di delibera di nomina e la inserisce nella procedura informatica per l'approvazione da parte del Direttore Generale.	Direttore Generale Personale della SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	D.Lgs. 502/1992 D.P.R. 484/1997 CC.CC.NN.LL. Regolamento AUSL TC per l'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali area dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e PTA, approvato con delibera D.G. n. 751 del 29 maggio 2018 Format aziendale bando	Esiste il rischio che il soggetto individuato (non appartenente ai ruoli della dirigenza sanitaria medica e non) si trovi in una delle situazioni di incompatibilità o di inconferibilità previste dal D.Lgs. 39/2013	Presenza di cause di incompatibilità e inconferibilità per i dirigenti PTA non rilevate	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso.	Rilascio da parte di tutti i Dirigenti PTA incaricati della dichiarazione di assenza di situazioni di incompatibilità o di inconferibilità previste dal D.Lgs. 39/2013					X	N° di dichiarazioni di assenza di situazioni di incompatibilità e inconferibilità / N° di incarichi assegnati nell'anno a Dirigenti PTA	100%	RESP	31/12 di ogni anno			
9	Invio delibera	Il Dipartimento Risorse Umane provvede: 1) ad inviare la delibera di nomina ai vincitori, al Dipartimento interessato, alla SOC Gestione complessiva delle variabili a cui afferisce l'Ufficio stipendi e alla SOC Trattamento giuridico e previdenza a cui afferisce l'Ufficio Giuridico, per i rispettivi adempimenti; 2) a raccogliere le dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e inconferibilità dei Dirigenti dell'area PTA, ; 3) ad acquisire il contratto firmato da parte del Dirigente individuato, nel quale, in un apposito articolo, sono riportati mission e obiettivi; 4) alla pubblicazione del curriculum vitae del Direttore individuato nell'apposita sezione del sito Amministrazione Trasparente; 5) alla pubblicazione delle dichiarazioni di assenza di situazioni di incompatibilità e incompatibilità sul sito Amministrazione Trasparente.	Dipartimento Risorse Umane	D.Lgs. 502/1992 D.P.R. 484/1997 CC.CC.NN.LL. Regolamento AUSL TC per l'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali area dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e PTA, approvato con delibera D.G. n. 751 del 29 maggio 2018 Format aziendale bando	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:	19/07/2023

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 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	Verbale della Commissione di Valutazione Contratto individuale	Direttori delle Strutture destinatari della collaborazione Professionista individuato

2 – ANALISI DEL PROCESSO																				
RISUMA002 - Conferimento incarichi collaborazione - 19/07/2023																				
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	Ricezione della richiesta di attivazione di una selezione per il conferimento di un incarico libero professionale	La SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR riceve la richiesta di attivazione di una selezione per il conferimento di 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 al quale la struttura stessa afferisce, 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 SOC e al Dipartimento Risorse Umane.	I.F. Acquisizione personale non dipendente SOC Politiche del reclutamento 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 ed emissione avviso	La SOC Politiche del reclutamento 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.	SOC Politiche del reclutamento 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 ad effettuare la valutazione dei curricula, anche ad espletare il relativo colloquio. Il colloquio viene effettuato 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 assenza di conflitto di interessi e di situazioni di incompatibilità nel loro primo incontro. La commissione non percepisce alcun compenso ed è definita per 2/3 da regolamento Aziendale.	Commissione (composta dal Direttore del Dipartimento interessato o suo delegato, dal direttore della struttura interessata e n. 1 specialista 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	Esiste il rischio che i componenti della Commissione avvantaggino un candidato.	Presenza, tra i componenti della commissione, di soggetti il cui incarico di lavoro è incompatibile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa in quanto è già previsto che ogni membro della commissione sottoscriva una dichiarazione di assenza di situazioni di incompatibilità e di conflitto di interessi. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere medio.	Rilascio da parte di ogni membro della commissione di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e di situazioni di incompatibilità.							X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi e di incompatibilità rilasciate dai membri di ciascuna commissione / N° di membri di ciascuna commissione	100%	RESP	31/12 di ogni anno
4	Firma contratto individuale	A seguito dell'espletamento della procedura selettiva la SOC Politiche del reclutamento 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.	I.F. Acquisizione personale non dipendente SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR	Art. 2222 e seguenti del Codice Civile Artt. 7 e 8 del Regolamento aziendale	Nessuno															
5	Pubblicazione e trasparenza	Gli esiti della selezione vengono pubblicati sul sito nella stessa pagina dove era stato pubblicato il bando, la convocazione al colloquio e la relativa graduatoria finale. Trimestralmente vengono pubblicati anche su Perla PA i nominativi di chi ha avuto l'incarico.	SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR	Regolamento aziendale approvato con delibera DG n. 1538 del 14/12/2017 ed in vigore dal 1/01/2018	Nessuno															

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (Atto negoziale e scheda Allegato A)
Area di rischio:	Attività libero professionale
Processi connessi:	
Codice:	RISUMA004
DIR:	Arianna Tognini
Struttura del DIR:	Dipartimento delle Risorse Umane
RESP:	Francesca Fontanelli a.i.
Struttura del RESP:	SOS Libera professione
Data di aggiornamento:	25/09/2023

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 Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica Dipartimento Professioni Tecnico Sanitarie</p> <p>Direttori di presidio Ospedaliero e Direttori di presidio Territoriale SOS CUP – Call Center</p>

2 - ANALISI DEL PROCESSO																			
RISUMA004 - Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (Atto negoziale e scheda Allegato A) - 25/09/2023																			
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	Recepimento richiesta di avvio o modifica attività LP intramuraria e/o ricovero e istruttoria	Il personale della struttura SOS Libera professione 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.) in base alla procedura IO.AG.02 2) verificare la presenza sul modulo della validazione del responsabile sovraordinato oppure del Direttore sovraordinato nel caso di responsabili di struttura complessa; 3) verificare la presenza sul modulo della validazione del Direttore del presidio ospedaliero/territoriale in ordine alla disponibilità di spazi ed attrezzature; 4) controllare il rispetto delle fasce orarie di LP ambulatoriale richieste rispetto al volume orario massimo autorizzabile di tre mezzogiorni a settimana (massimo 12 ore settimanali), come previsto nel Regolamento aziendale; 5) controllare il rispetto del numero di sedi di svolgimento della LP ambulatoriale richieste rispetto al numero massimo di tre sedi previste dalla normativa regionale e dal Regolamento aziendale.	Personale SOS Libera professione	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" IO.AG.02 "Verifiche e controlli nell'ambito della procedura di avvio e modifica dell'attività libero professionale intramuraria (PS.AG.01)"	Esiste il rischio che il richiedente rilasci dichiarazioni non corrette/non veritiere per ottenere un vantaggio	Possibile elusione dei controlli introdotti	Basso	Il livello di rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa in quanto sono stati introdotti dei controlli aggiuntivi sulla situazione giuridica del professionista. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere basso.											
2	Gestione di situazioni particolari e richiesta pareri	Il personale della struttura SOS Libera professione provvede inoltre: - in caso di discordanza tra parere del Direttore di struttura sovraordinata o Direttore Presidio Ospedaliero/Distretto e la volontà del professionista, a trasmettere la richiesta alla Commissione paritetica della LP intramuraria per le opportune valutazioni e ad acquisirne 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 acquisirne le valutazioni/pareri; - nel caso di richieste di esercizio della libera professione in disciplina diversa da quella di inquadramento, ad attivare l'iter istruttorio previsto dal Regolamento aziendale finalizzato all'autorizzazione fuori disciplina del professionista; - nel caso di richieste di esercizio della libera professione presso altra AUSL/AOU della regione Toscana 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 alla SOS CUP - Call Center.	Personale SOS Libera professione	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" IO.AG.02 "Verifiche e controlli nell'ambito della procedura di avvio e modifica dell'attività libero professionale intramuraria (PS.AG.01)"	Nessuno														
3	Acquisizione del parere endoprocedimentale della SOS CUP - Call Center	Il personale della struttura SOS Libera professione provvede ad acquisire il parere della SOS 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 SOS Libera professione	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" IO.AG.02 "Verifiche e controlli nell'ambito della procedura di avvio e modifica dell'attività libero professionale intramuraria (PS.AG.01)"	Nessuno														
4	Acquisizione del parere del Direttore Staff Direzione Sanitaria e Direttore di Dipartimento interessato	Il personale della struttura SOS Libera professione provvede ad acquisire il parere del direttore del Dipartimento interessato e del 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 SOS Libera professione	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" IO.AG.02 "Verifiche e controlli nell'ambito della procedura di avvio e modifica dell'attività libero professionale intramuraria (PS.AG.01)"	Nessuno														
5	Predisposizione Atto negoziale e scheda allegato A	La SOS Libera professione predisporre l'Atto negoziale riepilogativo di tutti i dati relativi allo svolgimento dell'attività quale integrazione del contratto individuale e la Scheda Allegato A relativa alle prestazioni ed alle relative tariffe, applicando i criteri di riparto previsti dal Regolamento aziendale. Invia al professionista richiedente l'atto negoziale per la formalizzazione dell'avvio all'attività libero professionale, i cui contenuti sono quelli previsti nel Regolamento aziendale. Al fine di ridurre il rischio che il richiedente abusi del proprio ruolo/funzione per ottenere un vantaggio personale, nei format di atto negoziale previsto dal regolamento aziendale sono inserite delle norme di comportamento che il professionista è tenuto a rispettare, quali: - osservare il codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda UsI Toscana Centro; - contribuire al perseguimento del pubblico interesse ed alla tutela dell'immagine e dei valori del Servizio Sanitario Nazionale; - garantire un corretto ed equilibrato rapporto tra l'attività libero professionale e quella istituzionale; - mantenere un adeguato rapporto tra tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni in regime di libera professione e quelli relativi alle medesime prestazioni rese in regime istituzionale ordinario; - rispettare le modalità organizzative previste dall'azienda per l'esercizio delle attività in libera professione intramuraria (utilizzare sistemi di prenotazione aziendali dedicati, non percepire direttamente compensi dagli utenti, informare correttamente l'utenza sul costo complessivo della prestazione, ecc).	Personale SOS Libera professione	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" IO.AG.02 "Verifiche e controlli nell'ambito della procedura di avvio e modifica dell'attività libero professionale intramuraria (PS.AG.01)"	Esiste il rischio che il richiedente abusi del proprio ruolo/funzione per ottenere un vantaggio personale	Limitata promozione dell'etica e di corretti standard di comportamento	Basso	Il rischio è stato valutato basso stante le procedure adottate, le indicazioni presenti nell'atto negoziale sottoscritto, nonché i diversi livelli di organizzazione e gestione delle attività ripartite tra le articolazioni aziendali. Esiste una limitata probabilità che il professionista abusi del proprio potere o funzioni e l'impatto economico reputazionale si può considerare basso.											
6	Sottoscrizione atto negoziale e scheda allegato A	Il personale della struttura SOS Libera professione 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 SOS Libera professione 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" IO.AG.02 "Verifiche e controlli nell'ambito della procedura di avvio e modifica dell'attività libero professionale intramuraria (PS.AG.01)"	Nessuno														
7	Disposizione di avvio e/o modifica del contratto in essere	Il personale della struttura SOS Libera professione predisporre 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 SOS 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 della libera professione intramuraria.	Personale SOS Libera professione	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" IO.AG.02 "Verifiche e controlli nell'ambito della procedura di avvio e modifica dell'attività libero professionale intramuraria (PS.AG.01)"	Nessuno														
8	Assegnazione criterio ripartizione tariffe su CUP accettatore	Il personale della struttura SOS Libera professione associa, sul sistema CUP accettatore 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 SOS CUP Call Center.	Personale SOS Libera professione	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 (PS.AG.01)"	Nessuno														

2 - ANALISI DEL PROCESSO																			
RISUMA004 - Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (Atto negoziale e scheda Allegato A) - 25/09/2023																			
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				
9	Controlli e monitoraggi periodici	Il personale della struttura SOS Libera professione: - accerta la situazione giuridica del richiedente in fase di avvio o modifica attività (natura rapporto di lavoro esclusivo, impegno orario pieno, disciplina di inquadramento, verifica titoli nel caso di richiesta esercizio attività in disciplina diversa etc.); - estrae con cadenza annuale dal sistema di prenotazione aziendale il dato relativo alla occupazione degli spazi destinati alla libera professione ambulatoriale e lo trasmette alla Direzione Aziendale; - Riceve dal SIATC i risultati dei controlli periodici effettuati per verificare le incompatibilità specifiche concernenti la libera professione intramoenia della dirigenza e del personale di supporto, per le eventuali azioni di competenza; - verifica con cadenza mensile le variazioni giuridiche del personale dipendente e convenzionato autorizzato alla LP, sulla base del flusso informativo fornito dalle strutture competenti in base all'istruzione operativa IO.AG.02.	Personale SOS Libera professione	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" IO.AG.02 "Verifiche e controlli nell'ambito della procedura di avvio e modifica dell'attività libero professionale intramuraria (PS.AG.01)" 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 nell'ambito della procedura di avvio e modifica dell'attività libero professionale intramuraria (PS.AG.01)" libero professionale intramuraria"	Possibile elusione dei controlli introdotti	Basso	Il livello di rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa in quanto sono stati introdotti dei controlli aggiuntivi sulla situazione giuridica del professionista è. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere basso.											
10	Aggiornamento sistema CUP aziendale	La SOS Libera professione riceve dalla SOS CUP - Call center una email di conferma dell'avvenuto inserimento/aggiornamento del sistema CUP aziendale effettuato sulla base della nota dispositiva di avvio/modifica delle attività libero professionali ambulatoriali. La SOS Libera professione archivia la documentazione istruttoria e definitiva della pratica, sia in forma cartacea che informatica (pdf) nella apposita cartella argomento comune di struttura.	Personale SOS Libera professione	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" IO.AG.02 "Verifiche e controlli nell'ambito della procedura di avvio e modifica dell'attività libero professionale intramuraria (PS.AG.01)" 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>a.i.</i> Francesca Fontanelli
Struttura del RESP:	SOS Libera professione
Data di aggiornamento:	25/09/2023

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Sistema di prenotazione CUP 2.0 e accettatore ONIT	Prenotazioni/accettazioni prestazioni su sistema di prenotazione aziendale Cup 2.0/ONIT	<p>Il processo riguarda:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 di gestire la liquidazione dei relativi compensi. - la rilevazione e la liquidazione dei compensi spettanti al personale di supporto diretto alle prestazioni rese in LP ambulatoriale da parte della SOS Libera Professione 	<p>Flusso dati parcheggio buste paga</p> <p>Comunicazione compensi specialisti ambulatoriali convenzionati alla struttura di interesse</p> <p>Comunicazione alla UNIFI</p> <p>Comunicazione alle aziende di appartenenza per gli Ospiti</p>	<p>Area Amministrazione del personale</p> <p>Stuttura competente per il personale convenzionato UNIFI</p> <p>Altre Aziende</p>

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
RISUMA005 - Rilevazione e liquidazione compensi attività LP intramuraria ambulatoriale (compresa LP domiciliare / fuori regione / veterinari studi privati) - 25/09/2023																					
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	Generazione ed elaborazione dati periodici di attività	Il personale della struttura SOS Libera professione genera, con cadenza mensile, sull'applicativo aziendale CUP accettatore 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"	SOS Libera professione	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 Delibera 566 del 07/05/2020	Nessuno																
2	Controllo elaborazione dati periodici di attività	Il personale della struttura SOS Libera professione riscontra e controlla gli errori rilevati ed inviati automaticamente dal sistema CUP ONIT a seguito della generazione dati. Inoltre, 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, in particolare viene verificato se le prestazioni erogate ed incassate vengano correttamente ripartite ai fini della liquidazione del compenso spettante.	SOS Libera professione	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 Delibera 566 del 07/05/2020	Nessuno																
3	Correzione errori, rigenerazione dati mensili e rielaborazione report attività	Il personale della struttura SOS Libera professione segnala alla ditta del sistema CUP accettatore ONIT eventuali errori/anomalie riscontrate ai per la loro correzione a seguito della quale si procede ad una nuova generazione mensile dati e ad una nuova elaborazione dei tre report.	SOS Libera professione	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 Delibera 566 del 07/05/2020	Nessuno																
4	Individuazione tipologie di professionisti e suddivisione dati	Il personale della struttura SOS Libera professione individua ed estrapola dai report 2) i dati delle attività rese da parte delle seguenti tipologie di professionisti: - specialisti ambulatoriali convenzionati, per la trasmissione con lettera alla struttura di interesse 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 o 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 Dipartimento di assegnazione e della acquisizione della loro validazione dati necessaria per la liquidazione dei compensi spettanti al personale di interesse.	SOS Libera professione	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 Delibera 566 del 07/05/2020	Nessuno																
5	Procedura passaggio dati stipendiali del personale dipendente	Il personale della struttura SOS Libera professione 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 Libera professione 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".	SOS Libera professione	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 Delibera 566 del 07/05/2020	Esiste il rischio che l'amministrativo possa alterare manualmente il dato per favorire un professionista	Presenza di Conflitto di interessi	Basso	Il livello dirischio 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. L'impatto economico/reputazionale si può considerare basso.													
6	Estrazione e controllo dati applicativo paghe	Il dato passato sul parcheggio dell'applicativo paghe viene estratto su file excel per l'effettuazione di controlli di corrispondenza relativamente al totale generale ed al totale delle singole voci stipendiali.	SOS Libera professione	Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 Delibera 566 del 07/05/2020	Nessuno																

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Avvio 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:	a.i. Francesca Fontanelli
Struttura del RESP:	SOS Libera professione
Data di aggiornamento:	25/09/2023

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Medici specialisti in medicina del lavoro o medicina legale o igiene epidemiologia e sanità pubblica Soggetti privati Direttore Sanitario	Richiesta di avvio attività Lp in qualità di medico competente Richiesta di nomina di Medico Competente e accettazione della stessa da parte del professionista Parere della Direzione Sanitaria all'esercizio della libera professione intramuraria Report attività rese dal medico competente	Il processo riguarda: - 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.	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.	Professionisti (Medico competente) Responsabile della struttura di assegnazione del medico competente Direttore Sanitario Direttori di presidi territoriali

2 - ANALISI DEL PROCESSO																					
RISUMA006 - Avvio e rendicontazione della Libera Professione Intramuraria resa in qualità specialista in medicina del lavoro o "medico competente", ai sensi del D.Lgs. 81/2008 - 25/09/2023																					
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 e 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 richiesta di avvio attività LP quale medico competente	Il personale della SOS Libera professione riceve dal dirigente interessato la richiesta di avvio attività libero professionale intramuraria come medico competente 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) in base alla procedura IO.AG.02 e valutare le eventuali incompatibilità e conseguente improcedibilità del processo; 2) accertare l'iscrizione nell'elenco nazionale dei medici competenti, istituito presso il Ministero della Salute ai sensi dell'art. 38, comma 4 del D.Lgs. 81/2008; 3) verificare la presenza, sulla richiesta di avvio, della validazione del Responsabile sovraordinato oppure del Direttore sovraordinato in caso di dirigente responsabile di struttura complessa; 4) verificare la presenza, sulla richiesta di avvio, della validazione della Direzione Sanitaria; 5) verificare la presenza, sulla richiesta di avvio, 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 Libera professione	DLgs 81 del 09/04/2008 e smi Normativa nazionale e Regionale in materia di libera professione intramuraria Regolamento aziendale di cui alla delibera 1427 del 04/10/2018 e delibera 566 del 07/05/2020 Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del DLgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative" IO.AG.02 "Verifiche e controlli nell'ambito della procedura di avvio e modifica dell'attività libero professionale intramuraria (PS.AG.01)"	Esiste il rischio che il richiedente rilanci dichiarazioni non veritiere per ottenere un vantaggio	Possibile elusione dei controlli introdotti	Basso	Il livello di rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa in quanto sono stati introdotti dei controlli aggiuntivi sulla situazione giuridica del professionista è. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere basso.													
2	Predisposizione e sottoscrizione Atto Negoziale e scheda Allegato A)	La SOS Libera professione predispone l'atto negoziale riepilogativo di tutti i dati relativi allo svolgimento dell'attività quale integrazione del contratto individuale e la Scheda Allegato A relativa alle prestazioni ed alle relative tariffe, applicando i criteri di riparto previsti dal Regolamento aziendale. Il personale della-SOS Libera professione 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. Al fine di ridurre il rischio che il richiedente abusi del proprio ruolo/funzione per ottenere un vantaggio personale, nel format di atto negoziale previsto dal regolamento aziendale sono inserite delle norme di comportamento che il professionista è tenuto a rispettare, quali: - osservare il codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda UsI Toscana Centro; - contribuire al perseguimento del pubblico interesse ed alla tutela dell'immagine e dei valori del Servizio Sanitario Nazionale; - garantire un corretto ed equilibrato rapporto tra l'attività libero professionale e quella istituzionale; - mantenere un adeguato rapporto tra tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni in regime di libera professione e quelli relativi alle medesime prestazioni rese in regime istituzionale ordinario; - rispettare le modalità organizzative previste dall'azienda per l'esercizio delle attività in libera professione intramuraria (utilizzare sistemi di prenotazione aziendali dedicati, non percepire direttamente compensi dagli utenti, informare correttamente l'utenza sul costo complessivo della prestazione, ecc).	Personale assegnato SOS Libera professione	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 DLgs 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	Limitata promozione dell'etica e di corretti standard di comportamento	Basso	Il rischio è stato valutato basso stante le procedure adottate, le indicazioni presenti nell'atto negoziale sottoscritto, nonché i diversi livelli di organizzazione e gestione delle attività ripartite tra le articolazioni aziendali. Esiste una limitata probabilità che il professionista abusi del proprio potere o funzioni e l'impatto economico reputazionale si può considerare basso.													
3	Disposizione di avvio attività come medico competente	Il personale della struttura SOS Libera professione predispone una nota di comunicazione, con allegato l'atto negoziale e la scheda allegato A), relativa allo svolgimento dell'attività del professionista e la invia: - al professionista interessato; - al responsabile della struttura di riferimento; - al Responsabile del Presidio Territoriale in interesse. Nella nota di comunicazione avvio attività LP viene inserito il link per la visualizzazione del Regolamento aziendale della libera professione intramuraria.	Personale assegnato SOS Libera professione	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 DLgs 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 Libera professione 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 Libera professione	Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del DLgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative"	Nessuno																
5	Controlli e monitoraggi periodici	Il personale della struttura SOS Libera professione: - 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; - verifica con cadenza mensile le variazioni giuridiche del personale dipendente e convenzionato autorizzato alla LP, sulla base del flusso informativo fornito dalle strutture competenti in base all'istruzione operativa IO.AG.02.	Personale assegnato SOS Libera professione	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" IO.AG.02 "Verifiche e controlli nell'ambito della procedura di avvio e modifica dell'attività libero professionale intramuraria (PS.AG.01)"	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)	Possibile elusione dei controlli introdotti	Basso	Il livello di rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa in quanto sono stati introdotti dei controlli aggiuntivi sulla situazione giuridica del professionista è. L'impatto economico e reputazionale si può ritenere basso.													

2 – ANALISI DEL PROCESSO

RISUMA006 - Avvio e rendicontazione della Libera Professione Intramuraria resa in qualità specialista in medicina del lavoro o "medico competente", ai sensi del D.Lgs. 81/2008 - 25/09/2023

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 e 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				
6	Rendicontazione	Il personale della SOS Libera professione 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 Libera professione provvede a: 1) rendicontare le attività rese (numero prestazioni e relative tariffe); 2) inviare alla SOC Clienti 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 Clienti	Personale assegnato SOS Libera professione	Delibera 1187 del 22/08/2019 "Libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni professionali di medico competente - ai sensi del DLgs n 81 del 09/04/2018 - definizione modalità organizzative"	Nessuno															
7	Procedura inserimento dati stipendiali del personale dipendente	Il personale della struttura SOS Libera professione, 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 Libera professione controlla che il totale dei compensi caricati sull'applicativo paghe, corrisponda ai dati rendicontati.	Personale assegnato SOS Libera professione	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	Presenza di Conflitto di interessi	Basso	Il livello di rischio è stato valutato basso perché la probabilità che l'amministrativo possa individualmente forzare il sistema senza che questo venga rilevato è bassa, 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. L'impatto economico/reputazionale si può considerare basso.												

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:	19/07/2023

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direttore Generale	Richiesta conferimento incarico ex art. 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																							
RISUMIA007 - Conferimento incarichi ex art. 15 septies c.1 e c.2 D.Lgs 502/92 - 19/07/2023																							
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 richiesta conferimento incarico ex art.15 septies D.Lgs. 502/92 e istruttoria	Il Direttore Generale inoltra alla SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR la richiesta redatta dal Direttore del Dipartimento interessato per l'avvio della procedura per il conferimento di un incarico ex art.15 septies D.Lgs. 502/92, nella quale sono indicati i requisiti generali: a) Mission della struttura; b) Obiettivi specifici; c) Risultati attesi; d) Requisiti specifici di partecipazione (indicando fra l'altro i titoli preferenziali). La SOC effettua un'istruttoria per la verifica del rispetto dei limiti percentuali previsti dalla normativa e dei requisiti richiesti per l'accesso alla procedura.	Personale SOC Politiche del reclutamento 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 i requisiti per l'accesso sono quelli previsti dalla normativa per la partecipazione ai concorsi e 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 SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR verifica che l'assunzione richiesta non superi il limite previsto dal D.Lgs 502/92 per l'attribuzione di incarichi ex art. 15 septies	Personale SOC Politiche del reclutamento 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 ex art. 15 septies co 1-2.	Personale SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR	D.Lgs. 502/92	Nessuno																		
4	Invio richiesta dell'attivazione procedura a Estar	Il personale della SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR acquisisce e invia la nota di richiesta del D.G AUSLTC al D.G. di Estar perché venga attivata la procedura selettiva ex art. 15 septies co. 1-2.	Personale SOC Politiche del reclutamento 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 SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR trasmette il tutto al Direttore Generale che, tra gli idonei, individua il candidato al quale conferire l'incarico.	Personale SOC Politiche del reclutamento 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 SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR, preso atto della decisione del D.G., predispongono 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 SOC Politiche del reclutamento e rapporti con ESTAR	D.Lgs. 502/92	Nessuno																		

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

Nome del processo:	Programmazione Operativa Chirurgia Elettiva
Area di rischio:	Liste di attesa
Processi connessi:	
Codice:	SAOTER001
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio
RESP:	Guarracino Antonio
Struttura del RESP:	SOC Gestione Operativa
Data di aggiornamento:	11/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzioni sanitarie di presidio	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 (per interventi elettivi) 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.	Proposta assegnazione e distribuzione delle risorse a disposizione	Direzioni sanitarie di presidio

2 – ANALISI DEL PROCESSO																													
SAOTER001 - Programmazione Operativa Chirurgia Elettiva - 11/01/2024																													
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	Analisi della Domanda	Stima del fabbisogno produttivo attraverso lo studio delle numerosità delle liste di attesa e della loro dinamicità nel tempo. Le principali tecniche stimative utilizzate si basano su: medie mobili (semplici, ponderate), smorzamento esponenziale, analisi stimative delle serie storiche con le componenti trend e/o stagionalità. E' un'attività che viene effettuata trimestralmente e/o in linea con la verifica dei processi di programmazione della produzione. Le liste di attesa sono informatizzate ed eventuali modifiche, inserimenti, cancellazioni sono tutti tracciati e storicizzati.	Personale afferente alla SOS Gestione Operativa	DGRT 476/2018; DGRT 604/2019 PRGLA 2019-2021; DGRT 1457/2018; DGRT 750/2018; DGRT 638/2009; DA 1058/2019;	Potenzialmente ci potrebbe essere il rischio di agevolare una unità operativa piuttosto che un'altra o un istituto piuttosto che un altro, attraverso la manipolazione dei dati correlati alla domanda.	Possibile discrezionalità	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché le liste di attesa sono informatizzate ed eventuali modifiche, inserimenti, cancellazioni sono tutti tracciati e storicizzati.																					
2	Valutazione dell'offerta a disposizione	Vengono valutate le disponibilità delle risorse a disposizione nel periodo di programmazione considerato. Il monte ore sala, le risorse umane e il numero di letti disponibili (nonché il budget residuo disponibile nel caso sia coinvolto anche il privato accreditato nel processo produttivo considerato) sono le risorse analizzate su cui poi viene effettuata e proposta la programmazione. Le risorse disponibili correlate all'offerta sono comunicate alla SOS Gestione Operativa dalla relative Direzioni Sanitarie di 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 per ogni ospedale aziendale, in linea con la revisione dei processi di produzione, il Piano Principale di Produzione chirurgica (<i>Master Surgical Schedule, MSS</i>); 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 (<i>Surgical Case Assignment Problem, SCAP o Admission Planning Problem, APP</i>); esso stabilisce, con validità solitamente annuale e conferma trimestrale, il mix ciclico di produzione settimanale di ciascuna sala. La programmazione è riferita non al singolo tipo di intervento ma ad un livello aggregato attraverso la creazione di cluster di interventi associabili per consumo di risorse (tempi di sala operatoria, degenza). I cluster vengono definiti con la componente clinica sulla base della combinazione ottimale delle tipologie di interventi da assegnare alle sedute operatorie al fine di rispettare i tempi previsti dalla classe di priorità e massimizzare il tempo di utilizzo delle sale operatorie assicurando il coordinamento fra la fase di pre-ricovero e la gestione della lista operatoria. L'algoritmo di programmazione si basa su criteri condivisi con il Dipartimento chirurgico e le Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero (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:	Analisi della produzione specialistica ambulatoriale
Area di rischio:	Liste di attesa
Processi connessi:	
Codice:	SAOTER002
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio
RESP:	Guarracino Antonio
Struttura del RESP:	SOC Gestione Operativa
Data di aggiornamento:	05/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Strutture private convenzionate Regione Toscana/Estar SOC Analisi statistiche dati attività sanitaria	Prescrizioni elettroniche (Portale Regionale) Tempi di attesa (flussi DOC regionali, verticali aziendali) Dati di attività/spesa Risorse fisiche a disposizione (sale – letti) Vincoli economici e/o organizzativi presenti presso il privato convenzionato	Ogni mese si esegue il confronto tra la domanda relativa alle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio della Regione Toscana (PRGLA 2019-2021) e l'offerta aziendale disponibile per lo stesso gruppo di prestazioni; l'analisi include anche il monitoraggio della quota parte produttiva di tali prestazioni erogata presso il privato convenzionato in regime di "Modello Competitivo" (MC). L'analisi della domanda viene eseguita osservando l'andamento nel tempo delle prescrizioni elettroniche e delle prenotazioni effettuate dai pazienti presso la nostra azienda. L'analisi tiene conto, inoltre, dell'andamento degli indicatori regionali di riferimento: rapporto tra prescrizioni e prenotazioni (catchment index) e tempo di attesa medio prima disponibilità. In relazione all'analisi osservata e al tetto economico residuo, sono proposti piani di modifica/incremento/decremento dell'offerta aziendale, anche in regime di produttività aggiuntiva, in relazione a tali prestazioni, nonchè piani di modifica/incremento/decremento della richiesta al privato convenzionato di tali prestazioni in regime di MC.	Proposta piano di modifica/incremento/decremento delle prestazioni oggetto di monitoraggio della Regione Toscana (PRGLA 2019-2021). Proposta piano di modifica/incremento/decremento della richiesta al privato convenzionato delle prestazioni in regime di MC Tabelle analisi andamento attività relative al MC presso il privato convenzionato e andamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali soggette a PRGLA 2019-2021.	Direttore Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione Staff della Direzione Generale Staff della Direzione Sanitaria Staff della Direzione Amministrativa SOS Gestione privato accreditato e liste di attesa SOS Procedure amministrative privato accreditato

2 – ANALISI DEL PROCESSO																																
SAOTER002 - Analisi della produzione specialistica ambulatoriale - 05/01/2024																																
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	Analisi attività/spesa	Sono raccolti e valutati i dati relativi al numero di prescrizioni e di prenotazioni effettuate in relazione alle prestazioni oggetto di PRGLA 2019-2021; in base ai risultati dell'analisi viene stilato un piano di modifica/incremento/decremento delle prestazioni considerate "critiche" in termini di tempo di attesa e catchment index.	Personale afferente alla SOS Gestione Operativa	PRGLA 2019-2021 Tutti gli atti e i contratti sottoscritti con il privato convenzionato in relazione al MC Tutti gli atti relativi alla produttività aggiuntiva	Potenzialmente ci potrebbe essere il rischio di considerare "critica" una prestazione appartenente ad una specialistica rispetto ad un'altra garantendo un vantaggio o uno svantaggio non dovuto	Possibile discrezionalità nella scelta delle prestazioni da considerare "critiche" in mancanza di criteri formalizzati	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa considerato che i dati relativi alla domanda e agli indicatori regionali si trovano su piattaforme regionali strutturate. L'impatto economico/reputazionale si può considerare basso.																								
2	Valutazione dell'offerta a disposizione	Si ipotizzano incrementi/decrementi di attività in regime istituzionale, in regime di produttività aggiuntiva e in regime di Modello Competitivo (MC) in relazione al tetto residuo a disposizione e in relazione alla specifica domanda sanitaria per ogni prestazione analizzata.	Personale afferente alla SOS Gestione Operativa	PRGLA 2019-2021 Tutti gli atti e i contratti sottoscritti con il privato convenzionato in relazione al MC Tutti gli atti relativi alla produttività aggiuntiva	Potenzialmente ci potrebbe essere il rischio di attribuire una richiesta di incremento di una determinata prestazione erogabile da una specialistica aziendale in produttività aggiuntiva rispetto ad un'altra oppure erogabile solo da determinate strutture private convenzionate in regime di MC basando l'analisi non sull'effettivo livello di criticità dell'offerta aziendale.	Possibile discrezionalità nell'attribuzione degli incrementi/decrementi/cambi di prestazioni erogabili come produttività aggiuntiva o in regime di MC in mancanza di criteri formalizzati	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa considerato che la decisione finale di incremento/decremento/cambio prestazioni in produttività aggiuntiva o in regime di MC è comunque sottoposta alla valutazione/autorizzazione della Direzione Aziendale. L'impatto economico/reputazionale si può considerare basso.																								
3	Monitoraggio e controllo	Si effettuano varie reportistiche in relazione al monitoraggio dell'andamento della domanda, degli indicatori regionali e in relazione all'andamento della spesa presso il privato convenzionato.	Personale afferente alla SOS Gestione Operativa	PRGLA 2019-2021 Tutti gli atti e i contratti sottoscritti con il privato convenzionato in relazione al MC Tutti gli atti relativi alla produttività aggiuntiva	Nessuno																											

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Monitoraggio prestazioni di ricovero acuto e post acuto erogate da privato convenzionato
Area di rischio:	Attività sanitarie non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	SAOTER003
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio
RESP:	Guarracino Antonio
Struttura del RESP:	SOC Gestione Operativa
Data di aggiornamento:	05/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Strutture private convenzionate Regione Toscana/Estar SOC Analisi statistiche dati attività sanitaria	Dati di attività/spesa, risorse fisiche a disposizione (sale/letti) Vincoli economici e/o organizzativi presenti presso il privato convenzionato	Ogni mese si esegue l'analisi e il monitoraggio dell'andamento delle attività (prestazioni di ricovero acuto e post acuto) e relativa "spesa" eseguite presso il privato convenzionato. Con "spesa" si intende la valorizzazione economica dell'attività eseguita in un dato intervallo temporale. L'analisi viene svolta confrontando i dati di attività/spesa auto dichiarati da ogni struttura (Allegato C, PROCEDURA N. AS/PR/062) con i dati di attività/spesa presenti nel software di rendicontazione Gauss; i dati di attività/spesa sono inoltre confrontati con i dati "validati" dal ritorno regionale (flussi DOC). L'attività/spesa effettiva viene confrontata con i dati previsionali e, in base agli scostamenti e alla previsione della domanda suddivisa per attività, in collaborazione continua con SOS Procedure amministrative privato accreditato e la SOS Continuità ospedale territorio e pianificazione post acuzie, si valutano eventuali spostamenti di tetto di spesa tra i vari setting controllati ed eventuali riduzioni o incrementi di posti letto/attività presso il privato convenzionato.	Proposta eventuale spostamento di tetto economico e/o incremento/decremento di attività presso il privato convenzionato. Tabelle analisi andamento attività presso il privato convenzionato. Tabelle analisi andamento attività Low care	Direttore dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione Staff della direzione generale Staff della DSA Staff DA SOS Gestione privato accreditato e liste di attesa SOS Procedure amministrative privato accreditato SOS Continuità ospedale territorio e pianificazione post acuzie

2 – ANALISI DEL PROCESSO																														
SAOTER003 - Monitoraggio prestazioni di ricovero acuto e post acuto erogate da privato convenzionato - 05/01/2024																														
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	Analisi attività/spesa	Sono richiesti e raccolti, per ogni istituto privato convenzionato, i dati di attività/spesa per ogni setting di ricovero acuti e post acuti previsto; i dati raccolti sono controllati e verificati in relazione a quanto presente nel software Gauss e in relazione a quanto validato dai flussi di ritorno regionali. Si confronta i dati di attività/spesa con i dati previsionali e si valutano eventuali scostamenti di sotto o sopra produzione. E' un'attività che viene effettuata mensilmente per tutte la produzione prevista presso il privato convenzionato o ad hoc in relazione a richieste di cambio/riduzione/incremento attività, o in corrispondenza di richiesta di analisi o controlli su una determinata attività.	Personale afferente alla SOS Gestione Operativa	DGRT 1220/2018; DGRT 1339/2022; PRGLA 2019-2021; Tutti gli atti e i contratti sottoscritti con il privato convenzionato.	Esiste il rischio di avvantaggiare o svantaggiare un erogatore privato attribuendo un livello di attività/spesa maggiore o minore rispetto all'effettiva produzione.	Controlli non sufficienti	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa in quanto i dati di attività/spesa sono sempre confrontati con i dati informatizzati del sistema Gauss e validati dai ritorni regionali. L'impatto economico/reputazionale si può considerare basso.																						
2	Valutazione della domanda e dell'offerta a disposizione	Si ipotizzano modifiche/incrementi/decrementi di attività in relazione al tetto residuo a disposizione e in relazione alla specifica domanda sanitaria per ogni setting controllato, tenendo conto di tutti i vincoli organizzativi/fisici/normativi presenti. Si ipotizzano di conseguenza i necessari eventuali trasferimenti di tetto tra setting di una medesima struttura e/o tra strutture diverse del privato convenzionato.	Personale afferente alla SOS Gestione Operativa	DGRT 1220/2018; DGRT 1339/2022; PRGLA 2019-2021; Tutti gli atti e i contratti sottoscritti con il privato convenzionato.	Esiste il rischio di avvantaggiare o svantaggiare un erogatore privato attribuendo un tetto di spesa maggiore o minore ad un determinato setting o ad una determinata struttura in relazione alla remunerazione dell'attività piuttosto che ad una effettiva necessità sanitaria.	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è valutato basso poiché gli spostamenti di tetto e riduzione/incremento della produzione vengono effettuati sulla base dei monitoraggi dell'attività derivante dal ritorno regionale e, inoltre, vengono effettuati solo sulla base delle autorizzazioni e delle direttive della Direzione Aziendale.																						
3	Monitoraggio e controllo	Si effettuano varie reportistiche in relazione al monitoraggio dell'andamento della spesa, evidenziando eventuali sforamenti di tetto, trasferimenti di tetto tra setting della medesima struttura e tra strutture diverse, incremento/decremento di attività in relazione alla domanda sanitaria e ai vincoli (organizzativi, normativi e di budget).	Personale afferente alla SOS Gestione Operativa	DGRT 1220/2018; DGRT 1339/2022; PRGLA 2019-2021; Tutti gli atti e i contratti sottoscritti con il privato convenzionato.	Nessuno																									

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:	SAOTER004
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio
RESP:	Annalisa Ghibelli (Firenze– Empoli) Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia
Data di aggiornamento:	09/01/2024

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																														
SAOTER004 - 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 - 09/01/2024																														
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'utente presenta, su apposita modulistica, l'istanza allo sportello competente (Punti Insieme, PUA, Uffici Amministrativi/Protocollo decentrati, 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 dei documenti allegati richiesti, l'Ufficio ricevente informa l'utente al fine di integrare la documentazione mancante.</p> <p>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'utente presenta l'istanza allo sportello competente (Punti Insieme, PUA, Uffici Amministrativi/Protocollo decentrati, 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.</p> <p>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'utente, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Struttura pubblica di Nefrologia degli Ospedali della AUSL TC - Casa di Cura Olivella e Glicini - Ospedale di Careggi - Ospedale Meyer <p>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'utente 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>	Personale 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 DGRT 1061/2000 DGRT 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: PS.DDEC.13</p>	Rischio di accettazione dell'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	Mancanza di procedura per i trapianti fuori Regione codificata dalla SOS Programmazione e monitoraggio documentazione a supporto dell'assistenza sanitaria	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	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.	X				X						Approvazione della procedura aziendale per trapianti fuori Regione codificata dalla SOS Programmazione e monitoraggio documentazione a supporto dell'assistenza sanitaria (SI/NO)	SI	RESP	31/12/23							
																										Approvazione da parte della SOS Programmazione e monitoraggio documentazione a supporto dell'assistenza sanitaria ed utilizzo della modulistica aggiornata per la presentazione dell'istanza valida per il servizio di trapianti fuori Regione che contenga la dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46/47 del DPR n. 445/2000 (SI/NO)	SI	RESP	31/12/23	
																												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
2	Definizione della pratica per il riconoscimento del contributo ed 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: <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	Personale Amministrativo dell'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 DGRT 1061/2000 DGRT 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: PS.DDEC.13</p>	Rischio di riconoscimento parziale/tardivo del vantaggio/beneficio economico rispetto alla documentazione prodotta	Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfirabile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico e 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 dagli operatori coinvolti per anno / n° Operatori coinvolti nella gestione delle pratiche		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:	SAOTER005
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio
RESP:	Annalisa Ghibelli (Firenze– Empoli) Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia
Data di aggiornamento:	11/01/2024

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																							
SAOTER005 - Concessione contributi per malattie rare, contributi per cure climatiche per disabili, assegno di cura per la SLA - 11/01/2024																							
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 – Valutazione dei rischi					2.3 – Trattamento del rischio													
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifica di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza		
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI						
1	Recepimento dell'istanza, 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'AUSL Toscana Centro, allo sportello competente (Punti Insieme, PUA, Uffici Amministrativi/Protocollo decentrat). Per le malattie rare è possibile presentare l'istanza 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'UVMD (per l'assegno di cura SLA); - al Medico specialistico dell'Azienda USL Toscana Centro (per il contributo soggiorni climatici).	Personale 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.T. 40/2009 - 41/ 2009 Delibere GRT 493/2001 - Delibera GRT 607/2005 Delibera GRT 721/2009 Delibera GRT 358/1996 Direttiva UE 24/2011 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009 Procedura aziendale e modulistica per cure climatiche: PS.DDEC.10	Esiste il rischio che l'operatore possa riconoscere un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un soggetto beneficiario	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media 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 dagli operatori coinvolti per anno / n° Operatori coinvolti nella gestione delle pratiche	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.	Commissione aziendale per la SLA composta dai Medici nominati dalla Direzione aziendale. Possono essere presenti anche i direttori di Dipartimento cui afferisce la patologia trattata. UVM zonale composta dal medico del presidio, dall'infermiere e dall'assistente sociale, tutti nominati dalla Direzione aziendale. Medico specialista (fisiatra) o Medico di Presidio Segreteria Amministrativa / Ufficio Amministrativo zonale	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi Dlgs 38/2014 DM 3/11/1989 DPCM 1/12/2000 Circ. Min. Salute 33/1989 L.R.T. 40/2009 L.R.T. 41/ 2009 Delibere GRT 493/2001 - Delibera GRT 607/2005 Delibera GRT 721/2009 Delibera GRT 358/1996 Direttiva UE 24/2011 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009 Atti del DG di nomina della Commissione/UVM/Medico Specialista Procedura aziendale e modulistica per cure climatiche: PS.DDEC.10	Esiste il rischio che la Commissione/UVM/Medico riconosca un vantaggio o uno svantaggio non dovuto ad un soggetto beneficiario	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la possibilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	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 utente), delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi firmate dai membri della Commissione, le quali vengono stampate direttamente dall'applicativo in uso (Aster Sinns)									X	N° dichiarazioni rilasciate dai membri della 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.T. 40/2009 L.R.T. 41/ 2009 Delibere GRT 493/2001 - Delibera GRT 607/2005 Delibera GRT 721/2009 Delibera GRT 358/1996 Direttiva UE 24/2011 Regolamento CE 883/2004 Regolamento CE 987/2009 Atti del DG di nomina della Commissione/UVM/Medico Specialista Procedura aziendale controlli sulle autocertificazioni e controlli contabili: PS.DDEC.13	Esiste il rischio di un riconoscimento parziale/tardivo del vantaggio/beneficio economico rispetto alla documentazione prodotta	Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfondibile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media 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 dagli operatori coinvolti per anno / n° Operatori coinvolti nella gestione delle pratiche	100%	RESP	31/12 di ogni anno

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Quota sanitaria RSA/RSD/CD gestione amministrativa e recupero crediti della quota sociale
Area di rischio:	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	SAOTER006
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio
RESP:	Annalisa Ghiribelli (Firenze– Empoli) Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia
Data di aggiornamento:	11/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Cittadini	Domanda per il riconoscimento della quota sanitaria per Residenze sanitarie anziani (RSA) e disabili (RSD) e Centri diurni anziani e disabili (CD) Mancata riscossione da parte dell'utente di crediti relativi alla quota sociale	Il processo riguarda la gestione della concessione della quota sanitaria RSA/RSD/CD e l'eventuale recupero crediti della quota sociale non riscossa dall'utente	Valutazione UVM e relativo Modulo di Impegnativa. Ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) Relazione accompagnatoria	RSA/RSD/CD individuati dall'utente Referente del caso SOC Fornitori SOC Affari Legali e Avvocatura

2 – ANALISI DEL PROCESSO																						
SAOTER006 - Quota sanitaria RSA/RSD/CD gestione amministrativa e recupero crediti della quota sociale - 11/01/2024																						
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 – Valutazione dei rischi					2.3 – Trattamento del rischio												
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	le dell'attuazione della	Scadenza	
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI					
1	Recepimento dell'istanza, Trasmissione al Punto Unico di Accesso (PUA), Trasmissione all'Unità di Valutazione Multidimensionale(UVM)/Unità di Valutazione Multidimensionale disabili (UVMMD)	L'avente diritto presenta l'istanza ai "Punti Insieme" costituiti dai presidi sanitari e dagli sportelli sociali dei Comuni di riferimento della Zona-Distretto. Il Punto insieme ricevente verifica la completezza della documentazione presentata, ovvero la presenza degli allegati richiesti dalla domanda stessa (segnalazione del bisogno). Nel caso di mancanza dei documenti allegati richiesti, il Punto Insieme richiede all'utente di integrare la documentazione mancante. Tutta la documentazione viene inserita su un apposito applicativo informatico "sistema informativo sociosanitario" denominato SINNS ASTER che funge anche da protocollo e che viene utilizzato da tutti gli operatori (secondo le varie abilitazioni) che intervengono in tutto il processo/procedimento di inserimento in RSA/RSD/CD. 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 da parte dei professionisti referenti e la calendarizzazione delle sedute dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) o dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Disabili (UVMMD) dell'Azienda USL TC. Il PUA di Zona trasmette tutta la documentazione dell'utente, la scheda di valutazione sociale e la scheda infermieristica all'UVM/UVMMD di Zona per la relativa valutazione professionale.	Operatore sociale/ Operatore sanitario presente nel Punto Insieme	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDRT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018	Esiste il rischio che l'istanza venga accettata anche in mancanza dei requisiti richiesti e della documentazione prevista per legge utile all'attribuzione del vantaggio economico	Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfirabile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e il livello di 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 della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.								X	N° dichiarazioni rilasciate dagli operatori coinvolti per anno / n° Operatori coinvolti nella gestione delle pratiche	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
2	Acquisizione della Valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)/Unità di Valutazione Multidimensionale Disabili (UVMMD) e trasmissione all'avente diritto di apposita comunicazione di avvenuta valutazione	La UVM/UVMMD 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'avente diritto invitandolo, entro 60 giorni, a contattare il Referente del caso per condividere il Piano Assistenziale Personalizzato che può prevedere l'ingresso nella RSA/RSD/CD	UVM/UVMMD zonale composta dal medico del presidio, l'infermiere, l'assistente sociale, tutti nominati dalla Direzione Aziendale ed eventualmente il Medico specialista necessario (geriatra, psichiatra etc) ai fini valutativi	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDRT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018	Esiste il rischio che la UVM/UVMMD riconosca un vantaggio o uno svantaggio non dovuto al soggetto beneficiario	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Acquisizione da parte dell'amministrativo dell'UVM/UVMMD (per ciascun verbale/piano assistenziale e con riferimento a ciascun utente), delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi firmate dai membri della Commissione, le quali vengono stampate direttamente dall'applicativo in uso (Aster Sinns)								X	N° dichiarazioni rilasciate dai componenti UVM e UVMMD, per anno e per ciascun verbale/piano assistenziale	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
3	Istruttoria della pratica per l'inserimento in RSA/RSD/CD o nella lista di attesa	L'avente diritto contatta il Referente del caso e sottoscrive il proprio Piano Assistenziale Personalizzato (PAP). L'Ufficio Amministrativo UVM di Zona invia all'Ufficio Rette di Zona (per la quota sanitaria) il modulo di attivazione dei servizi residenziali/semiresidenziali in RSA/RSD/CD. L'Ufficio Rette di Zona/Referente del caso fa compilare all'avente diritto il modulo relativo al titolo di acquisto per l'inserimento in RSA/RSD/CD. L'avente diritto, se non vi è la disponibilità della quota sanitaria, viene inserito nella lista di attesa.	Referente del caso Ufficio Amministrativo UVM/UVMMD Ufficio Rette di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDRT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018	Esiste il rischio di mancata sottoscrizione da parte dell'avente diritto del Piano personalizzato e del relativo titolo di acquisto, che rappresentano titoli esecutivi senza i quali il personale amministrativo non può procedere all'inserimento in RSA/RSD/CD oppure nelle liste di attesa	Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfirabile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media 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 dagli operatori coinvolti per anno / n° Operatori coinvolti nella gestione delle pratiche	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
4	Inserimento nella lista di attesa	L'inserimento e la collocazione nella lista di attesa da parte dell'Ufficio Rette di Zona avviene sulla base di specifici criteri definiti. A parità di punteggio, viene data priorità all'anzianità dell'avente diritto. La graduatoria della lista di attesa è aggiornata il 15 e il 30 di ogni mese dell'anno.	Ufficio Rette di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDRT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018	Esiste il rischio che un avente diritto venga avvantaggiato/svantaggiato nell'inserimento in lista di attesa	Carenza di sistemi di controllo periodici per la corretta gestione della lista di attesa	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media data la presenza di sistemi di controllo; l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Monitoraggio trimestrale effettuato dall'Ufficio rette con il Direttore di Zona (che funge anche da Direttore della Società della Salute di riferimento) 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/CD	L'Ufficio Rette di Zona compila il modulo cosiddetto impegnativa, la fa firmare al Direttore di Zona e la invia al Comune di riferimento, (per Firenze) oppure alla Società della Salute di riferimento (SdS Mugello, SdS Nord Ovest, SdS Empoli e SdS Pistoia) per l'eventuale calcolo della compartecipazione alla spesa (cd. quota sociale), sulla base dell'ISEE presentato dall'utente. Tale funzione è delegata, dalla SdS di Prato e dalla SdS Firenze Sud Est, all'Azienda USLTC. La Società della Salute di riferimento o il Comune di riferimento restituisce all'Ufficio Rette di Zona il suddetto modulo compilato per la parte di propria competenza, relativa alla quota sociale. L'Ufficio Rette di Zona trasmette il modulo dell'impegnativa completo all'avente diritto, al Referente del caso e alla RSA/RSD/CD (struttura scelta dall'avente diritto stesso). L'utente viene inserito in Struttura alla data prevista nell'impegnativa. I dati dell'avente diritto sono inseriti anche in un applicativo regionale "sistema informativo sociosanitario" SINNS ASTER per il flusso informativo RSA/RSD/CD. Inoltre, ogni 4 mesi, l'Ufficio provvede al monitoraggio delle quote attraverso l'applicativo regionale "monitoscana".	Ufficio Rette di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/ 2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDRT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018	Esiste il rischio che un avente diritto venga avvantaggiato/svantaggiato nell'inserimento in RSA/RSD/CD	Carenza di sistemi di controllo periodici per la corretta gestione della lista di attesa	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media data la presenza di sistemi di controllo; l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Monitoraggio trimestrale effettuato dall'Ufficio rette con il Direttore di Zona (che funge anche da Direttore delle Società della Salute di riferimento) per la verifica del corretto inserimento dell'avente diritto nella RSA/RSD/CD	X									SI	RESP	31/12 di ogni anno	
6	Liquidazione delle fatture RSA/RSD/CD/HOSPICE	L'Ufficio Amministrativo liquidatore di Zona o l'Ufficio Rette di Zona, dopo aver effettuato il controllo sulle fatture RSA/RSD/CD 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 ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX). Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione delle fatture emesse dalla RSA/RSD/CD. L'Ufficio Amministrativo liquidatore effettua l'ordine e ricevimento sull'applicativo aziendale (CITRIX) per le fatture delle RSA/RSD/CD di cui sopra e anche per le fatture emesse dalle Strutture Hospice, dopo aver effettuato il controllo incrociato tra le presenze certificate dalla Struttura e le singole fatture emesse. L'accesso a tali strutture non è descritto perché non sono di competenza di queste SOSD ed è totalmente in carico alle Cure Palliative. L'Ufficio Amministrativo liquidatore di Zona procede anche alla fatturazione attiva della quota sociale agli utenti e/o Comune/SdS previo controllo sulle presenze certificate dalla Struttura.	Ufficio Rette di Zona o Ufficio Liquidatore di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi L.R.T. 40/2009 - 41/2009 L.R.T. N. 66/2008 Delibera GRT 370/2010 Decreto RT 1354/2010 Decreto RT 1759/2010 Delibera GRT 1044/2011 DDRT 2259/2012 Delibera DG AUSLTC 1460/2019 Decreto Presidente RT 2R/2018 Procedura aziendale controlli sulle autocertificazioni e controlli contabili: PS.DDEC.13	Esiste il rischio che non vi sia congruenza tra le fatture emesse e le presenze certificate in 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; l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Effettuazione di controlli a campione per la verifica dell'applicazione della procedura da parte del Direttore della Struttura		X									SI	RESP	31/12 di ogni anno
7	Attivazione recupero Crediti relativo alle quote sociali non riscosse quale funzione delegata dalle SdS	L'Ufficio recupero crediti della SOSD monitorizza tutte le situazioni debitorie degli utenti destinatari di fatture relative alla quota sociale, tramite estrazione dall'applicativo CITRIX effettuata dal Settore Entrate della SOC Client. Si procede al primo sollecito all'utente, o ai suoi eredi in caso di morte, mediante avviso bonario per posta ordinaria, sottoscritto dal direttore della SOSD di riferimento. Successivamente, se l'utente o i suoi eredi non si attivano per il pagamento, si invia avviso per raccomandata con ricevuta di ritorno, sottoscritto da direttore della SOSD di riferimento. Infine, se il recupero crediti non è andato a buon fine, si procede inviando l'intimazione di pagamento con raccomandata AR sempre firmata dal Direttore di struttura di cui sopra e, se la raccomandata torna al mittente, si procede con i messi comunali. L'intimazione contiene, oltre all'importo dovuto anche il calcolo degli interessi di mora, delle spese amministrative e di quelle di notifica. E' sempre data la possibilità all'utente/eredi di rateizzare il debito e, su richiesta, si procede ad elaborare un piano di rientro comprensivo degli interessi di mora dovuti.	Ufficio Recupero crediti SOSD Servizi Amministrativi per territorio e sociale	Decreto Lgs n. 346/1990 e smi "Imposta sulle successioni e donazioni" Delibera DG AUSLTC n. 694/2020 " Approvazione Regolamento per recupero crediti".	Esiste il rischio che l'operatore si astenga da richiedere il credito al fine di attribuire un vantaggio non dovuto ad un utente/eredi	Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfirabile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media data la presenza di sistemi di controllo; 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 dagli operatori coinvolti per anno / n° Operatori coinvolti nella gestione delle pratiche	100%	RESP	31/12 di ogni anno	

2 – ANALISI DEL PROCESSO																						
SAOTER006 - Quota sanitaria RSA/RSD/CD gestione amministrativa e recupero crediti della quota sociale - 11/01/2024																						
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	le dell'attuazione della	Scadenza	
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI					
8	Definizione recupero Crediti relativo alle quote sociali non riscosse quale funzione delegate dalle SdS	Nel caso in cui tutti i passaggi sopra descritti non abbiano dato esito positivo, oppure nel caso di rinuncia da parte degli eredi dell'eredità, oppure nel caso di mancanza di altri eredi, il fascicolo viene inviato, con una relazione descrittiva accompagnatoria firmata dalla Dirigente SOSD di riferimento, alla SOC Affari Legali e Avvocatura per la relativa procedura di stralcio. La relazione alla suddetta SOC viene effettuata anche in quei casi in cui non si riesce a procedere oltre a tutti i tentativi effettuati.	Ufficio Recupero crediti SOSD Servizi Amministrativi per territorio e sociale	Decreto Lgs n. 346/1990 e smi "Imposta sulle successioni e donazioni" Delibera Dg n. 694/2020 " Approvazione Regolamento per recupero crediti".	Esiste il rischio che l'operatore si astenga da richiedere il credito nel caso di parentela o affinità	Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfiribile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media data la presenza di sistemi di controllo; 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 dagli operatori coinvolti per anno / n° Operatori coinvolti nella gestione delle pratiche	100%	RESP	31/12 di ogni anno

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – 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:	SAOTER007
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizi amministrativi ospedale territorio
RESP:	Mariateresa Asquino
Struttura del RESP:	SOC Programmazione e processi trasversali
Data di aggiornamento:	22/12/2023

1.2 – 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"	Autorizzazione formale al pagamento	SOC Fornitori

2 – ANALISI DEL PROCESSO																				
SAOTER007 - Gestione amministrativa del paziente odontoiatrico - 22/12/2023																				
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	<p>Accesso tramite CUP: Il cittadino accede al servizio odontoiatrico prenotando la prima visita sul sistema CUP, rivolgendosi ad uno sportello amministrativo o telefonando al Call Center aziendale. L'utente 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.</p> <p>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. Il cittadino esibisce il pagamento del Ticket (se dovuto) allo sportello Front Office e l'operatore addetto chiude la pratica.</p>	Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative)	Procedura Aziendale PA.DDEC.06 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della DGR 426/14"	Nessuno															
2	Inquadramento amministrativo/sanitario	<p>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. Il personale amministrativo del Front Office verifica sull'applicativo Sistema Tessera Sanitaria (TS) il possesso di esenzioni economiche ed acquisisce le autocertificazioni per il riconoscimento della vulnerabilità sociale. Contemporaneamente verifica sull'applicativo ADIBA le esenzioni di carattere sanitario per l'eventuale attribuzione della vulnerabilità sanitaria</p>	Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative)	Procedura Aziendale PA.DDEC.06 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della DGR 426/14"	Esiste il rischio che il paziente certifichi 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 adeguati strumenti di controllo	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media dato che comunque sono effettuati dei controlli parziali. L'impatto economico reputazionale si può considerare basso.	E' in corso, a livello regionale, una rivalutazione dei meccanismi di esenzione dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni odontoiatriche che porterà, probabilmente, ad una revisione della DGR 426/2014. Al termine del percorso, si effettuerà una rivalutazione delle misure implementabili per la riduzione del rischio che siano sostenibili da un punto di vista organizzativo in relazione agli strumenti di controllo disponibili.	X							Valutazione delle misure implementabili per la riduzione del rischio che siano sostenibili da un punto di vista organizzativo in relazione agli strumenti di controllo disponibili (SI/NO)	SI	RESP	Entro un anno dal termine del percorso di rivalutazione dei meccanismi di esenzione dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni odontoiatriche
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 inserisce, informandolo, il cittadino in una lista di attesa cronologica informatizzata su CUP 2.0.	Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative)	Procedura Aziendale PA.DDEC.06 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della DGR 426/14"	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)	Procedura Aziendale PA.DDEC.06 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della DGR 426/14"	Nessuno															
5	Richiamo del paziente dalla lista di attesa CUP 2.0	L'I.F. Gestione servizi esterni e odontoiatria 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. L'attività è tracciata su un apposito registro cartaceo.	I.F. Gestione servizi esterni e odontoiatria Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative)	Procedura Aziendale PA.DDEC.06 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della DGR 426/14"	Esiste il rischio che l'ordine cronologico di scorrimento della lista non venga rispettato.	Il software attualmente in uso non consente il tracciamento delle attività di richiamo dalla lista di attesa	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Trasferimento della lista di attesa di secondo livello da CUP 2.0 a software ARGOS	X							Trasferimento della lista di attesa di secondo livello da CUP 2.0 a software ARGOS (SI/NO)	SI	RESP	31/12/24
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'aggiornamento del Piano di cura, effettua l'accettazione amministrativa e successivamente riceve la prestazione sanitaria e il Piano di cura aggiornato.	Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) Medico odontoiatra	Procedura Aziendale PA.DDEC.06 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della DGR 426/14"	Nessuno															
7	Nuovo inquadramento amministrativo/sanitario	<p>Successivamente alla visita di attualizzazione 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. Il personale amministrativo del Front Office verifica sull'applicativo Sistema Tessera Sanitaria (TS) il possesso di esenzioni economiche ed acquisisce le autocertificazioni per il riconoscimento della vulnerabilità sociale. Contemporaneamente verifica sull'applicativo ADIBA le esenzioni di carattere sanitario per l'eventuale attribuzione della vulnerabilità sanitaria.</p>	Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative)	Procedura Aziendale PA.DDEC.06 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della DGR 426/14"	Esiste il rischio che il paziente certifichi 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 adeguati strumenti di controllo	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media dato che comunque sono effettuati dei controlli parziali. L'impatto economico reputazionale si può considerare basso.	E' in corso, a livello regionale, una rivalutazione dei meccanismi di esenzione dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni odontoiatriche che porterà, probabilmente, ad una revisione della DGR 426/2014. Al termine del percorso, si effettuerà una rivalutazione delle misure implementabili per la riduzione del rischio che siano sostenibili da un punto di vista organizzativo in relazione agli strumenti di controllo disponibili.	X						Valutazione delle misure implementabili per la riduzione del rischio che siano sostenibili da un punto di vista organizzativo in relazione agli strumenti di controllo disponibili (SI/NO)	SI	RESP	Entro un anno dal termine del percorso di rivalutazione dei meccanismi di esenzione dalla compartecipazione alla spesa per prestazioni odontoiatriche	
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 PA.DDEC.06 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della DGR 426/14"	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 PA.DDEC.06 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della DGR 426/14"	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. Giornalmente, l'I.F. Gestione servizi esterni e odontoiatria, supportato dal personale del Front Office, verifica l'avvenuto pagamento di tutte le prestazioni sanitarie e dei dispositivi protesici ed ortodontici.	Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) I.F. Gestione servizi esterni e odontoiatria	Procedura Aziendale PA.DDEC.06 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della DGR 426/14"	Esiste un rischio residuo che il cittadino usufruisca delle prestazioni sanitarie senza provvedere al pagamento della relativa tariffa	Possibili errori nei controlli	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa data l'esecuzione di controlli giornalieri su tutti i pagamenti. L'impatto economico reputazionale si può considerare basso.												
11	Controllo e liquidazione delle fatture passive emesse dai laboratori odontotecnici convenzionati	L'I.F. Gestione servizi esterni e odontoiatria provvede al controllo e alla liquidazione su procedura aziendale CEPAS delle fatture passive emesse dai laboratori odontotecnici convenzionati e dispone il pagamento delle stesse tramite autorizzazione formale al Dipartimento amministrazione, pianificazione e controllo di gestione. L'autorizzazione formale al pagamento è preceduta dalla verifica della regolarità del DURC (Documento di regolarità contributiva) del fornitore. Tale funzione è svolta dall'I.F. Gestione servizi esterni ed odontoiatria.	Personale del Front Office (Aziendale o delle Cooperative) I.F. Gestione servizi esterni e odontoiatria	Procedura Aziendale PA.DDEC.06 "Percorso assistenziale e procedure tecnico amministrative in odontoiatria per l'attuazione della DGR 426/14"																

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

Nome del processo:	Inserimenti utenti SERD/Servizi Salute Mentale 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:	SAOTER008
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio
RESP:	Annalisa Ghibelli (Firenze– Empoli) Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia
Data di aggiornamento:	11/01/2024

1.2 – Descrizione

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

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
SAOTER008 - Inserimenti utenti SERD/Servizi Salute Mentale in Strutture comunità residenziali e semi-residenziali (parte amministrativa) - 11/01/2024																					
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 – Valutazione dei rischi					2.3 – Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifica di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Recepimento dell'istanza, trasmissione agli Uffici amministrativi competenti e istruttoria dell'istanza	Il Responsabile del Servizio delle dipendenze (SERD)/Servizio Salute Mentale Adulti (SMA)/Servizio Mentale Infanzia e Adolescenza (SMIA) trasmette all'Ufficio Amministrativo di Zona una mail di autorizzazione di inserimento dell'utente nella quale è indicata la Struttura Comunità residenziale o semiresidenziale accreditata di destinazione. L'Ufficio Amministrativo di Zona compila l'impegnativa di spesa con cui si avvia l'inserimento dell'utente, la sottopone alla firma del Responsabile SERD/SMA/SMIA e poi la trasmette alla Struttura Comunità di destinazione.	Personale amministrativo dell'Ufficio Amministrativo di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2005 e smi Decreto Presidente GRT 2/R 2018	Nessuno																
2	Liquidazione delle fatture emesse dalle Strutture residenziali/semiresidenziali per le rette	La Struttura Comunità invia all'Ufficio Amministrativo di Zona (che funge anche da Ufficio Amministrativo liquidatore) un documento pre-fattura che riporta il costo del periodo di riferimento, dato dal prodotto tra il numero di giornate di presenzadell'utente e l'importo della retta giornaliera, in riferimento al percorso terapeutico definito dal SERD/SMA/SMIA. 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 USL Toscana Centro sui controlli delle autocertificazioni e contabili, emette l'ordine di pagamento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) 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 (CITRIX) 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 Decreto Presidente GRT 2R/2018 Procedura aziendale controlli sulle autocertificazioni e controlli contabili: PS.DDEC.13	Esiste il rischio che l'amministrativo convalidi ordini per importi non corretti per garantire un vantaggio economico alla Struttura Comunità	Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfiribile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio si può considerare medio perché la probabilità di accadimento è media 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 dagli operatori coinvolti per anno / n° Operatori coinvolti nella gestione delle pratiche	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:	APBESE003, APBESE004
Codice:	SAOTER009
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio
RESP:	Annalisa Ghibelli (Firenze– Empoli) Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia
Data di aggiornamento:	09/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
SOC Approvvigionamento beni e servizi ESTAR	Delibera di affidamento/aggiudicazione del servizio Accordo quadro	Il processo si occupa di gestire la fase esecutiva dei contratti di appalto di servizi socio sanitari	Contratto attuativo Liquidazione su CEPAS della fattura emessa dall'erogatore del servizio	Aggiudicatario SOC Fornitori

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
SAOTER009 - Gestione dei contratti di appalto di servizi socio sanitari - 09/01/2024																					
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 delibera di affidamento/aggiudicazione e stipula contratto attuativo per affidamenti gestiti dal Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	In caso di gara gestita dal Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi, il Direttore della SOS competente per territorio, riceve dalla SOC Approvvigionamento beni e servizi la delibera di affidamento/aggiudicazione con l'indicazione dell'operatore economico selezionato.	Direttore della SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli	D. L.gs. 36/2023 Delibera DG 982/2021 "Regolamento attività contrattuale acquisizione di beni e servizi"	Esiste il rischio che il RES attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RES/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno
		In caso di aggiudicazione tramite procedura di gara, stipula il contratto attuativo tramite delibera del DG con relativa nomina del RES e, se l'importo è superiore a €500.000 oppure se l'appalto è complesso, anche del DEC.	Direttore della SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia	RES	Esiste il rischio che il DEC attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RES/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP
2	Ricezione delibera di affidamento/aggiudicazione e stipula contratto attuativo per affidamenti gestiti da ESTAR	In caso di gara regionale di servizi di assistenza domiciliare e di servizi integrati alla persona con o senza alloggio, effettuata da ESTAR, il Direttore della SOS competente per territorio, riceve da ESTAR la delibera di aggiudicazione definitiva e il relativo accordo quadro.	Direttore della SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli	D. L.gs. 36/2023 Delibera DG 982/2021 "Regolamento attività contrattuale acquisizione di beni e servizi"	Esiste il rischio che il RES attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RES/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno
		Il Direttore interessato, stipula il contratto attuativo tramite delibera del DG con relativa nomina del RES e, se l'importo è superiore a €500.000 oppure se l'appalto è complesso, anche del DEC.	Direttore della SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia	RES	Esiste il rischio che il DEC attribuisca un vantaggio/svantaggio ad un operatore economico	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RES/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP
3	Formalizzazione della consegna dei beni e/o inizio del servizio o prestazione	Il RES autorizza il DEC ad avviare l'esecuzione del servizio, fornendo all'aggiudicatario tutte le informazioni amministrative necessarie all'esecuzione del contratto e formalizza l'inizio del servizio o prestazione, compilando un apposito verbale firmato da entrambe le parti con il legale rappresentante dell'aggiudicatario.	RES DEC	D. L.gs. 36/2023 Delibera DG 982/2021 "Regolamento attività contrattuale acquisizione di beni e servizi"	Nessuno																
4	Esecuzione del contratto ed eventuali disservizi e inadempienze	Il DEC verifica, con la cadenza e le modalità previste nel contratto, il corretto ed esatto compimento dell'oggetto contrattuale sia in termini amministrativi che qualitativi, tramite apposite schede di controllo (sulla base dei controlli specificatamente previsti nel contratto di appalto stipulato con l'aggiudicatario) e cura il rapporto contrattuale con il Referente/Coordinatore dell'aggiudicatario.	RES DEC	D. L.gs. 36/2023 Delibera DG 982/2021 "Regolamento attività contrattuale acquisizione di beni e servizi"	Esiste il rischio che il RES/DEC attribuisca un indebito vantaggio/svantaggio ad un operatore economico alterando gli esiti dei controlli	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'esistenza di controlli e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del RES della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento								X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RES/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno
		Il DEC effettua verifiche a campione, come indicato e previsto nel contratto stesso, anche senza preavviso, al fine di monitorare l'andamento della qualità e quantità del servizio appaltato e per il controllo sulla piena rispondenza e conformità dell'oggetto contrattuale agli obblighi contrattuali. Detti controlli possono essere effettuati anche con il supporto e la collaborazione di altre figure professionali aziendali di volta in volta coinvolte (es. RAS della ristorazione, Direttore SEPP, Responsabile accreditamento strutture, ecc.).	RES DEC	D. L.gs. 36/2023 Delibera DG 982/2021 "Regolamento attività contrattuale acquisizione di beni e servizi"	Esiste il rischio che il RES/DEC attribuisca un indebito vantaggio/svantaggio ad un operatore economico alterando gli esiti dei controlli	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media per l'esistenza di controlli e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni procedura di affidamento									X	N° di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate nell'anno dal RES/ N° di procedure di affidamento	100%	RESP
5	Emissione dell'ordine di pagamento	Il RES acquisisce il DURC dell'aggiudicatario secondo la cadenza prevista dalla normativa in materia. In caso di regolarità contributiva e contrattuale procede alla liquidazione su applicativo contabile (CEPAS) della fattura emessa dall'erogatore del servizio in formato elettronico. Il pagamento avviene alla fine del bimestre di competenza.	RES	D. L.gs. 36/2023 Delibera DG 982/2021 "Regolamento attività contrattuale acquisizione di beni e servizi"	Nessuno																

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

Nome del processo:	Inserimenti terapeutici e riabilitativi e inserimenti socio abilitativi (parte amministrativa)
Area di rischio:	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	SAOTER010
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio
RESP:	Annalisa Ghiribelli (Firenze– Empoli) Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia
Data di aggiornamento:	16/05/23

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
UF Salute Mentale SERD	Modulo di autorizzazione per procedere con l'inserimento dell'utente in ambienti lavorativi quali Enti pubblici, Associazioni, Imprese	Il processo gestisce le attività amministrative connesse agli inserimenti terapeutici riabilitativi per utenti con problematiche sanitarie del SERD/Salute Mentale. L'AUSLTC gestisce anche le attività amministrative degli inserimenti socio abilitativi, solo se delegati dal Comune o dalla Società della Salute di riferimento zonale	L'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX)	SOC Fornitori

2 – ANALISI DEL PROCESSO

SAOTER010 - Inserimenti terapeutici e riabilitativi e inserimenti socio abilitativi (parte amministrativa) - 16/05/2023

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 indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Recepimento dell'istanza e stipula della convenzione	<p>Per gli inserimenti socio terapeutici La UF Salute Mentale o il Servizio delle Dipendenze (SERD) trasmettono all'Ufficio Amministrativo di Zona, dopo una valutazione multiprofessionale, la stesura di un Piano personalizzato e il modulo di autorizzazione, per procedere con l'inserimento dell'utente in ambienti lavorativi quali, ad esempio, Enti pubblici, Associazioni terzo settore, imprese.</p> <p>Per gli inserimenti socio abilitativi delegati dal Comune o dalla Società della Salute L'Assistente sociale di riferimento (o il gruppo multidisciplinare se vi è la presenza di uno specialista) elaborano un Piano personalizzato che trasmettono - insieme al modulo di autorizzazione - all'Ufficio Amministrativo di Zona, per procedere con l'inserimento dell'utente in ambienti lavorativi quali, ad esempio, Enti pubblici, Associazioni terzo settore, imprese. L'Ufficio Amministrativo di Zona predispone la Convenzione in base alla Delibera del DG AUSLTC 1385/2020 e la Delibera n. 454/2022 e la fa sottoscrivere all'ente di destinazione dell'utente stesso.</p>	Personale amministrativo dell'Ufficio Amministrativo di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2005 e smi Delibera DG AUSLTC 1385/2020 e delibera DG 454/2022	Nessuno																
2	Controllo sulle presenze	A seguito dell'inserimento dell'utente in ambiente lavorativo, l'Ufficio Amministrativo di Zona procede mensilmente al controllo formale delle presenze inviate dall'Ente/Associazione/Impresa su apposito modulo sottoscritto dal Responsabile, dall'utente e dall'Assistente Sociale di riferimento.	Personale amministrativo dell'Ufficio Amministrativo di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2005 e smi Delibera DG AUSLTC 1385/2020 e delibera DG 454/2022	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, dopo aver effettuato i controlli, come previsto nella procedura codificata dell'Azienda USLTC sui controlli delle autocertificazioni e contabili, effettua l'ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX) per il totale del ruolo. Il ricevimento rappresenta titolo esecutivo valido per la liquidazione. Il ruolo viene inviato via mail alla SOC Fornitori.	Ufficio Amministrativo liquidatore di Zona competente per attività	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2009 L.R.T. 41/2009 Delibera DG AUSLTC 1385/2020 e delibera DG 454/2022 Procedura aziendale controlli sulle autocertificazioni e controlli contabili: PS.DDEC.13	Esiste il rischio che l'amministrativo attribuisca un vantaggio economico non dovuto ad un utente	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa per la presenza di una procedura organizzativa per il controllo; l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso													

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

Nome del processo:	Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale e SERD / Contributi per rette eterofamiliari per utenti della UF Salute Mentale e SERD (parte amministrativa)
Area di rischio:	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
Processi connessi:	
Codice:	SAOTER011
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio
RESP:	Annalisa Ghiribelli (Firenze– Empoli) Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia
Data di aggiornamento:	11/01/24

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
UF Salute Mentale/SERD	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/SERD	Ordine e ricevimento sull'apposito applicativo aziendale (CITRIX)	SOC Fornitori

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
SAOTER011 - Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale e SERD / Contributi per rette eterofamiliari per utenti della UF Salute Mentale e SERD (parte amministrativa) - 11/01/2024																					
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	La UF Salute Mentale/Servizio dipendenze (SERD) 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).	Personale amministrativo dell'Ufficio Amministrativo di Zona	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPR 445/2000 e smi L.R.T. 40/2005 e smi L.R.T. 41/2005 e smi 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), dopo aver effettuato i controlli, come previsto nella procedura codificata dell'Azienda USLTC sui controlli delle autocertificazioni e contabili: - 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.	Personale amministrativo dell'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 Procedura aziendale controlli sulle autocertificazioni e controlli contabili: PS.DDEC.13	Esiste il rischio che l'operatore falsifichi i dati per riconoscere un vantaggio non dovuto ad un soggetto beneficiario	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità che l'operatore falsifichi i dati senza che l'anomalia venga rilevata è bassa; per la presenza di una procedura organizzativa per il controllo; l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso.													

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO**1.1 – 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:	SAOTER012
DIR:	Mariateresa Asquino
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio
RESP:	Annalisa Ghiribelli (Firenze– Empoli) Cristina Maggini (Prato – Pistoia)
Struttura del RESP:	SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia
Data di aggiornamento:	11/01/2024

1.2 – 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	Autorizzazione per la consegna di ausili e protesi di serie. Autorizzazione di spesa per il ritiro presso Ditte convenzionate dell'ausilio/ protesi personalizzata Prescritta Pile per impianti cocleari Autorizzazione di spesa per ausili e protesi di serie forniti tramite gara Richiesta di acquisto protesi e ausili di serie di importo superiore a € 5.000,00 Acquisti in economia per protesi e ausili di importo inferiore a € 5.000,00 Richiesta di attivazione del service ventiloterapia	Utenti Ditta fornitrice di ausili e protesi di serie forniti tramite gara ESTAR Soc Acquisizione beni e servizi Ditta fornitrice service ventiloterapia

2 – ANALISI DEL PROCESSO														2.2 – Valutazione dei rischi				2.3 – Trattamento del rischio					
SAOTER012 - Gestione amministrativa protesi e ausili - 11/01/2024																							
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	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza		
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI						
1	Recepimento dell'istanza e trasmissione agli Uffici amministrativi competenti	L'avente diritto presenta l'istanza allo sportello competente che può essere o l'Ufficio Amministrativo Protesi e Ausili del proprio distretto di residenza o il Distretto Sanitario di residenza. La richiesta è corredata da prescrizione medica del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Libera Scelta (PLS) oppure dal Medico Specialista di Struttura pubblica della branca relativa alla tipologia dell'ausilio richiesto. 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. Nel caso di istanza presentata al Distretto Sanitario di residenza l'operatore invia l'istanza stessa all'Ufficio Amministrativo Protesi e Ausili.	Personale Amministrativo del Distretto Sanitario o dell'Ufficio Ausili e Protesi	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPCM 12/01/2017 relativo ai nuovi LEA (artt. 17/18/19 Allegati 5/12 relativi alle prestazioni autorizzabili) DM Sanità n. 332/1999 Circolare del Ministero della Salute del 06/11/2017 Delibere GRT n. 2780/2008, n. 606/2013 Allegato A, n. 1313/2015 Decreto dirigente R.T. 4028/2016	Esiste il rischio che l'istanza venga accettata anche in mancanza dei requisiti richiesti e della documentazione prevista per legge	Mancanza di modulistica aggiornata sulla quale l'utente rende le dichiarazioni sostitutive ai sensi degli artt. 46/47 del DPR n. 445/2000. Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfederabile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Aggiornamento dell'apposita modulistica per la presentazione dell'istanza che contenga la dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46/47 del DPR n. 445/2000. 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					Approvazione e utilizzo dell'apposita modulistica aggiornata per la presentazione dell'istanza che contenga la dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46/47 del DPR n. 445/2000 (SI/NO)	SI	RESP	31/12/23	
2	Istruttoria e definizione della pratica per l'erogazione degli ausili/protesi	Gli operatori dell'Ufficio Amministrativo Protesi e Ausili verificano la presenza nell'istanza dei requisiti richiesti: prescrizione medica e invalidità civile correlata con il presidio/ausilio richiesto. Il controllo sulle dichiarazioni rilasciate viene effettuato direttamente sull'applicativo Aster Cloud che è collegato per la consultazione dell'invalidità civile alla Medicina Legale che a sua volta è collegata con INPS. Per le istanze di ausili/protesi personalizzati (es. busti, calzature ortopediche, apparecchi acustici e oculari, etc), come da nomenclatore nazionale (richiesti dal Medico specialista di Strutture Pubbliche): L'Ufficio Amministrativo Protesi e Ausili procede, tramite l'applicativo aziendale ASTER CLOUD, all'emissione di apposita autorizzazione di spesa (modulistica debitamente aggiornata nell'applicativo stesso nel 2022), solo dopo aver controllato il riconoscimento dell'invalidità civile e la prescrizione medica rilasciata e la trasmette via mail o per posta all'utente. L'utente si presenta presso la Ditta da lui scelta tra la rosa di quelle iscritte presso il Ministero della Salute per il ritiro dell'ausilio/protesi prescritto. Entro il termine di 20 giorni, l'utente prenota tramite il CUP Metropolitano la visita specialistica con il medico prescrittore ai fini del collaudo. L'utente consegna alla Ditta il modulo contenente sia l'autorizzazione di spesa ricevuta dall'Ufficio Amministrativo Protesi e Ausili sia il giudizio positivo del collaudo per la relativa fatturazione. Nel caso di collaudo con giudizio negativo, l'utente deve contattare lo stesso Ufficio Amministrativo per la contestazione, il quale a sua volta contatta la Ditta per risolvere la problematica. Per le istanze di ausili/protesi di serie (letto, carrozzina, pile per impianti acustici etc) e ventiloterapia come da nomenclatore nazionale (richiesti dal MMG, PLS o Medico Specialista di Struttura Pubblica): L'utente può richiedere i suddetti ausili anche nel caso non sia ancora in possesso del riconoscimento dell'invalidità civile, ma abbia presentato la domanda all'INPS. Nel caso, invece, di riconoscimento di invalidità per un minimo del 34%, i suddetti ausili vengono forniti per il periodo necessario all'assistenza. L'Ufficio Amministrativo Protesi e Ausili - previa verifica dell'esistenza della domanda di riconoscimento di invalidità o del certificato di invalidità civile – procede al rilascio dell'autorizzazione per la consegna dell'ausilio, inviandola all'utente stesso come previsto dalla normativa regionale. Nel caso che l'utente abbia presentato la domanda di invalidità all'INPS, l'Ufficio Amministrativo Protesi e Ausili procede alla verifica del riconoscimento dell'invalidità dopo il periodo di 60 giorni previsto dalle norme. Le pile per gli impianti cocleari vengono consegnate direttamente all'utente dall'Ufficio Amministrativo Protesi e Ausili che utilizza la specifica sezione dell'Applicativo ASTER CLOUD sopracitato.	Ufficio Amministrativo Ausili e Protesi	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPCM 12/01/2017 relativo ai nuovi LEA (artt. 17/18/19 Allegati 5/12 relativi alle prestazioni autorizzabili) DM Sanità n. 332/1999 Circolare del Ministero della Salute del 06/11/2017 Delibere GRT n. 2780/2008, n. 606/2013 Allegato A, n. 1313/2015 Decreto dirigente R.T. 4028/2016	Esiste il rischio che l'istanza venga accettata anche in mancanza dei requisiti richiesti e della documentazione prevista per legge	Presenza di operatori il cui incarico di lavoro è inconfederabile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media 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 dagli operatori coinvolti per anno / n° operatori coinvolti nella gestione delle pratiche	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
3	Acquisto ausili e protesi/attivazione service	Per le istanze di ausili e protesi di serie forniti tramite gara: L'Ufficio Amministrativo Protesi e Ausili, tramite l'apposito applicativo ASTER CLOUD, emette l'autorizzazione di spesa, trasmettendola con il suddetto applicativo anche alla Ditta appaltatrice del servizio (di cui alla gara effettuata da ESTAR), al fine di far recapitare l'ausilio richiesto al domicilio dell'utente interessato. L'utente sottoscrive la ricevuta di consegna al momento della consegna dell'ausilio e la Ditta inserisce la data. Per le istanze di ausili e protesi di serie che non sono forniti a gara (richieste dal MMG o PLS o Medico Specialista di Struttura Pubblica): Se la prescrizione è relativa ad ausilio/protesi di importo superiore ad € 5.000,00, l'Ufficio Amministrativo Protesi e Ausili trasmette la richiesta alla struttura competente per gli atti conseguenti. Se invece la prescrizione è relativa ad ausilio/protesi di importo inferiore ad € 5.000,00, l'Ufficio Amministrativo Protesi e Ausili procede con l'attivazione della procedura per l'acquisizione in economia (affidamenti diretti), in conformità al Regolamento Aziendale, prevedendo la rotazione dei fornitori accreditati e richiedendo loro i preventivi di spesa, in considerazione anche dell'ambito territoriale di residenza dell'assistito. Per le istanze di ventiloterapia: L'Ufficio Amministrativo Protesi e Ausili procede all'attivazione del service inviando la richiesta direttamente alla Ditta aggiudicataria del servizio.	Ufficio Amministrativo Ausili e Protesi	Legge 833/1978 e smi Legge 241/1990 e smi DPCM 12/01/2017 relativo ai nuovi LEA (artt. 17/18/19 Allegati 5/12 relativi alle prestazioni autorizzabili) DM Sanità n. 332/1999 Circolare del Ministero della Salute del 06/11/2017 Delibere GRT n. 2780/2008, n. 606/2013 Allegato A, n. 1313/2015 Decreto dirigente R.T. 4028/2016 Delibera DG 982/2021 – Reg. Attività contrattuale acquisizione di beni e servizi	Per affidamenti di importo inferiore a € 5.000,00, esiste il rischio di affidamenti ricorrenti allo stesso fornitore.	Mancata rotazione dei fornitori	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa, data la presenza di idonea regolamentazione, e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso (importi inferiori a € 5.000,00)															

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

Nome del processo:	Verifica esecuzione dei contratti d'appalto nelle strutture socio sanitarie residenziali e semiresidenziali
Area di rischio:	Rapporti con soggetti erogatori
Processi connessi:	SAOTER009
Codice:	SERSOC001
DIR:	Rossella Boldrini
Struttura del DIR:	Dipartimento Servizio Sociale
RESP:	Anna Guidotti
Struttura del RESP:	SOS Qualità delle prestazioni erogate dalle Strutture
Data di aggiornamento:	26/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
SOC Acquisizione Beni e Servizi	Autorizzazione all'avvio dell'esecuzione del servizi corredata dalla relativa documentazione	Il processo gestisce le attività di verifica della corretta esecuzione dei contratti d'appalto nelle strutture socio sanitarie residenziali e semiresidenziali	Attestazione di conformità	SOC Acquisizione Beni e Servizi

2 - ANALISI DEL PROCESSO																							
SERSOC001 - Verifica esecuzione dei contratti d'appalto nelle strutture socio sanitarie residenziali e semiresidenziali - 26/01/2024																							
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 autorizzazione all'esecuzione del contratto	Il DEC riceve dal RES della SOS Servizi amministrativi per il territorio e sociale territorialmente competente, l'autorizzazione ad avviare l'esecuzione dei servizi corredata dalla relativa documentazione.	DEC	D.Lgs. 36/2023 Delibera DG 982 del 08/07/2021 Regolamento dell'attività contrattuale per l'acquisizione di beni e servizi	Nessuno																		
2	Esecuzione controlli periodici	Il DEC verifica periodicamente il corretto ed esatto compimento dell'oggetto contrattuale, sia in termini amministrativi che qualitativi, tramite apposite schede di controllo, sulla base dei controlli specificatamente previsti nel contratto di appalto stipulato con l'aggiudicatario e cura il rapporto contrattuale con il Referente/Coordinatore dell'aggiudicatario. Le azioni di controllo del DEC vengono svolte nel corso dell'intera durata del rapporto contrattuale e vengono realizzate con le modalità e le tempistiche previste dalla procedura aziendale PA.DSS.01 "Strumenti per la tracciabilità dei controlli nelle strutture socio-sanitarie (L.R. 41/2005) in appalto a soggetti terzi". Il DEC effettua controlli sia su base documentale che con sopralluoghi in struttura periodici, con verifiche a campione, come indicato e previsto nel contratto stesso, anche senza preavviso, al fine di monitorare l'andamento della qualità e quantità del servizio appaltato e per il controllo sulla piena rispondenza e conformità dell'oggetto contrattuale agli obblighi contrattuali. Detti controlli possono essere effettuati con il supporto dell'ADEC Assistente al DEC e la collaborazione di altre figure professionali aziendali di volta in volta coinvolte (es. RAS della ristorazione, Direttore SEPP, Responsabile accreditamento strutture ecc...). Il DEC valuterà i seguenti profili: a) la qualità del servizio di fornitura (aderenza/conformità a tutti gli standard qualitativi richiesti nel contratto e/o capitolato e eventualmente alle condizioni migliorative contenute nell'offerta); b) l'adeguatezza delle prestazioni o il raggiungimento degli obiettivi; c) il rispetto dei tempi e delle modalità di consegna; d) l'adeguatezza della reportistica sulle prestazioni e le attività svolte; e) la soddisfazione del cliente/utente finale; f) il rispetto da parte dell'impresa esecutrice degli obblighi in materia ambientale; g) il rispetto delle clausole sociali e degli aspetti sociali del contratto (ai sensi dell'art. 30 comma 3 del Codice). Durante l'esecuzione del contratto il DEC collabora con il RES che provvede al controllo della spesa legata all'esecuzione del servizio o fornitura. Gli esiti del controllo risulteranno da apposito processo/verbale.	DEC	D.Lgs. 36/2023 Delibera DG 982 del 08/07/2021 Regolamento dell'attività contrattuale per l'acquisizione di beni e servizi PA.DSS.01 "Strumenti per la tracciabilità dei controlli nelle strutture socio-sanitarie (L.R. 41/2005) in appalto a soggetti terzi"	Esiste il rischio che il DEC alteri l'esito dei controlli al fine di attribuire un vantaggio non dovuto all'aggiudicatario	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico reputazionale si può considerare medio.	Rilascio da parte del DEC della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi per ogni affidamento								X	N° di dichiarazioni rilasciate dal DEC nell'anno/n° di procedure di affidamento	100%	RESP	31/12 di ogni anno		
3	Gestione di eventuali disservizi o inadempienze	In caso di disservizio o inadempienze nell'esecuzione del contratto il DEC intraprende tutte le azioni possibili per riportare la situazione alla normalità. Qualora il disservizio/inadempienza non trovi soluzione, il DEC lo segnala per iscritto al RES. Il RES adotta i provvedimenti di competenza necessari per la risoluzione delle criticità contestando per iscritto, al Referente/Coordinatore dell'Aggiudicatario il disservizio, chiedendo spiegazioni. Nel caso non si giunga ad una soluzione valida per entrambe le parti, il RES contesta per iscritto via PEC il disservizio/inadempienza all'Aggiudicatario. Se l'Aggiudicatario non accoglie le contestazioni effettuate, il RES informa il DEC e procede a comminare le penali previste nel contratto stesso. Nei casi più gravi e reiterati informa anche il Dirigente del Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio il quale può, in accordo con l'Azienda, risolvere il contratto e/o agire per il risarcimento danni per mancato o non conforme servizio prestato.	DEC	D.Lgs. 36/2023 Delibera DG 982 del 08/07/2021 Regolamento dell'attività contrattuale per l'acquisizione di beni e servizi PA.DSS.01 "Strumenti per la tracciabilità dei controlli nelle strutture socio-sanitarie (L.R. 41/2005) in appalto a soggetti terzi"																			
4	Attestazione di conformità	Il DEC, accertata la regolare esecuzione delle prestazioni contrattuali in termini di quantità e qualità, procede a controfirmare i moduli relativi alle attestazioni di conformità e ad inviarle al RES per la liquidazione delle competenze secondo quanto definito in apposita procedura.	DEC	D.Lgs. 36/2023 Delibera DG 982 del 08/07/2021 Regolamento dell'attività contrattuale per l'acquisizione di beni e servizi PA.DSS.01 "Strumenti per la tracciabilità dei controlli nelle strutture socio-sanitarie (L.R. 41/2005) in appalto a soggetti terzi"																			

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

Nome del processo:	Percorso di chirurgia programmata
Area di rischio:	Attività sanitarie non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	SPECHI001
DIR:	Stefano Michelagnoli
Struttura del DIR:	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche
RESP:	Stefano Michelagnoli
Struttura del RESP:	Dipartimento delle Specialistiche Chirurgiche
Data di aggiornamento:	24/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
SAPO	Lista di attesa per intervento chirurgico programmato	Il processo gestisce tutte le fasi di erogazione delle prestazioni chirurgiche in regime di ricovero ordinario	Cartella clinica Registro di sala operatoria Richieste batteriologiche o istologiche	Direzioni Sanitarie di Presidio Reparto di degenza di destinazione Laboratori di analisi Anatomia Patologica

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
SPECHI001 - Percorso di chirurgia programmata - 24/01/2024																					
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	Accettazione amministrativa	Il giorno stabilito per l'intervento o il giorno precedente (secondo patologia e/o condizioni socio ambientali) il paziente si presenta presso il reparto di degenza preabilitato e il personale della reception/degenza effettua l'accettazione amministrativa.	Personale amministrativo	Procedura AS/PR/093 "Percorso ospedaliero delle linee chirurgiche di diagnosi e cura e educazione alla salute" Procedura AS/PR/215 "Dipartimento Chirurgico: Percorso di diagnosi e cura dalla presa in carico alla dimissione"	Nessuno																
2	Accoglienza	L'infermiere di reparto che riceve il paziente, seguendo la check list di percorso: - verifica la presenza in cartella del consenso scritto al trattamento dei dati personali e dell'autorizzazione a riferire notizie relative al suo stato di salute, precisando a chi fornirle; - effettua la presentazione del reparto e delle figure professionali; - consegna l'opuscolo informativo di reparto; - inserisce l'episodio di ricovero su ARGOS recuperando le informazioni della prepedalizzazione redatte e concluse dalla SAPO (Servizio Accoglienza Percorso Pre-ospedalizzazione); - effettua l'accertamento infermieristico; - verifica che il paziente abbia eseguito la preparazione pre-operatoria (preparazione intestinale, tricotomia, igiene, ecc); - fornisce le indicazioni per gli effetti personali (valori, protesi, ecc.); - pianifica il percorso assistenziale, comprese eventuali dimissioni complesse (Caribel).	Personale infermieristico di reparto	Procedura AS/PR/093 "Percorso ospedaliero delle linee chirurgiche di diagnosi e cura e educazione alla salute" Procedura AS/PR/215 "Dipartimento Chirurgico: Percorso di diagnosi e cura dalla presa in carico alla dimissione" Procedura ARGOS (anamnesi, allergie, rischio trombotico, ecc.) Procedura AS/PR/013 "Norme generali e modalità di gestione dei documenti sanitari di ricovero, di visite ambulatoriali, di diagnostica strumentale"	Nessuno																
3	Accettazione medica	Il chirurgo in turno: - effettua l'anamnesi, l'esame obiettivo, l'aggiornamento della cartella clinica in funzione di eventuali modifiche a quanto preabilitato nel percorso SAPO; - imposta la terapia e controlla le disposizioni anestesiolgiche (compilate nel percorso SAPO); - attualizza il consenso informato.	Chirurgo di Reparto	Procedura AS/PR/093 "Percorso ospedaliero delle linee chirurgiche di diagnosi e cura e educazione alla salute" Procedura AS/PR/215 "Dipartimento Chirurgico: Percorso di diagnosi e cura dalla presa in carico alla dimissione" Procedura ARGOS (anamnesi, allergie, rischio trombotico, ecc.) Procedura AS/PR/013 "Norme generali e modalità di gestione dei documenti sanitari di ricovero, di visite ambulatoriali, di diagnostica strumentale"	Nessuno																
4	Pre-operatorio	Il personale medico e infermieristico di reparto, verifica: - la presenza della cartella cartacea, che deve sempre seguire il paziente; - la presenza nella cartella di tutta la documentazione clinica necessaria all'intervento; - l'avvenuta esecuzione da parte del paziente della preparazione all'intervento; - la presenza del consenso informato e la controfirma dell'informativa consegnata al paziente al momento dell'inizio del percorso SAPO; - la presenza del consenso alla trasfusione (se richiesto); - la presenza di eventuali novità rilevanti rispetto all'ultima visita effettuata; - eventuali necessità di ulteriori delucidazioni da parte del paziente. Infine, se richiesto, procede all'identificazione del lato dell'intervento, segnandolo con pennarello indelebile e si esegue tricotomia, sempre se necessaria.	Personale medico e infermieristico di reparto	Procedura AS/PR/093 "Percorso ospedaliero delle linee chirurgiche di diagnosi e cura e educazione alla salute" Procedura AS/PR/215 "Dipartimento Chirurgico: Percorso di diagnosi e cura dalla presa in carico alla dimissione" Procedura AS/PR/013 "Norme generali e modalità di gestione dei documenti sanitari di ricovero, di visite ambulatoriali, di diagnostica strumentale" Buone pratiche clinico-infermieristiche. Regolamento di sala operatoria.	Nessuno																
5	Trasferimento in Sala Operatoria	Il personale infermieristico di reparto in collaborazione con quello di sala operatoria: - verifica la lista operatoria e l'ordine previsto per l'accesso alla sala; - effettua le comunicazioni al reparto per la preparazione dei pazienti in lista; - provvede al trasferimento al comparto operatorio seguendo il regolamento di sala operatoria; - effettua il double check (nome, cognome del paziente e reparto).	Personale infermieristico di reparto Personale infermieristico di sala operatoria	Procedura AS/PR/093 "Percorso ospedaliero delle linee chirurgiche di diagnosi e cura e educazione alla salute" Procedura AS/PR/215 "Dipartimento Chirurgico: Percorso di diagnosi e cura dalla presa in carico alla dimissione" Buone pratiche clinico-infermieristiche Regolamento di sala operatoria	Nessuno																
6	Accesso in Sala Operatoria	Il personale medico e infermieristico di sala operatoria e il personale ausiliario (OSS): - trasportano il paziente nell'area passa malato e, successivamente, in pre-sala; - compilano la check di percorso intra-operatorio (ARGOS); - compilano la documentazione infermieristica informatizzata (Ormaweb); - predispongono l'accesso venoso periferico/centrale; - effettuano il monitoraggio clinico/strumentale; - effettuano la profilassi antibiotica e/o anti-allergica se prescritta; - posizionano il paziente sul letto operatorio.	Personale medico e infermieristico di sala operatoria Personale ausiliario (OSS)	Procedura AS/PR/093 "Percorso ospedaliero delle linee chirurgiche di diagnosi e cura e educazione alla salute" Procedura AS/PR/215 "Dipartimento Chirurgico: Percorso di diagnosi e cura dalla presa in carico alla dimissione" Procedura AS/PR/013 "Norme generali e modalità di gestione dei documenti sanitari di ricovero, di visite ambulatoriali, di diagnostica strumentale" Buone pratiche clinico-infermieristiche Regolamento di sala operatoria	Nessuno																
7	Preparazione all'inizio dell'intervento	Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere controllano e compilano la check list di Sala Operatoria (adeguato posizionamento, previsione dei rischi, adeguatezza processi di sterilizzazione, presa visione di immagini pre-operatorie, ecc.)	Personale medico e infermieristico di sala operatoria	Procedura AS/PR/093 "Percorso ospedaliero delle linee chirurgiche di diagnosi e cura e educazione alla salute" Procedura AS/PR/215 "Dipartimento Chirurgico: Percorso di diagnosi e cura dalla presa in carico alla dimissione" Procedura AS/PR/013 "Norme generali e modalità di gestione dei documenti sanitari di ricovero, di visite ambulatoriali, di diagnostica strumentale" Buone pratiche clinico-infermieristiche Regolamento di sala operatoria	Nessuno																
8	Intervento chirurgico	Il personale medico e infermieristico di sala operatoria, ciascuno secondo le proprie competenze: - induce l'anestesia; - predispongono il campo operatorio mantenendo l'asepsi; - partecipa all'intervento; - gestisce i devices e la tecnologia specifica; - compila la check list di controllo intermedia (garze, taglianti e strumentario) - mantiene l'anestesia (generale, locale, periferica) ed effettua il controllo del dolore.	Personale medico e infermieristico di sala operatoria	Procedura AS/PR/093 "Percorso ospedaliero delle linee chirurgiche di diagnosi e cura e educazione alla salute" Procedura AS/PR/215 "Dipartimento Chirurgico: Percorso di diagnosi e cura dalla presa in carico alla dimissione" Procedura AS/PR/013 "Norme generali e modalità di gestione dei documenti sanitari di ricovero, di visite ambulatoriali, di diagnostica strumentale" Buone pratiche clinico-infermieristiche Regolamento di sala operatoria	Nessuno																
9	Chiusura dell'intervento	A seguito dell'esecuzione dell'intervento chirurgico, il personale medico infermieristico della sala operatoria, ciascuno secondo le proprie competenze, provvede: - alla compilazione del Registro di SO in tutte le sue parti; - allega una stampa cartacea dell'intervento alla cartella; - allega una stampa cartacea dell'intervento al Registro cartaceo apponendo le etichette dei Dispositivi Medici impiantabili eventualmente inseriti ai fini della tracciabilità; - trasmette al reparto di degenza di destinazione le prescrizioni di indicazioni specifiche e la terapia. - eventualmente compila le richieste batteriologiche o istologiche e le invia al laboratorio; - confeziona medicazioni e controlla drenaggi; - procede alla chiusura delle check list di fine percorso operatorio.	Personale medico e infermieristico di sala operatoria	Procedura AS/PR/093 "Percorso ospedaliero delle linee chirurgiche di diagnosi e cura e educazione alla salute" Procedura AS/PR/215 "Dipartimento Chirurgico: Percorso di diagnosi e cura dalla presa in carico alla dimissione" Buone pratiche clinico-infermieristiche Regolamento di sala operatorie Procedura AS/PR/013 "Norme generali e modalità di gestione dei documenti sanitari di ricovero, di visite ambulatoriali, di diagnostica strumentale" Check list di fine percorso SO Buone pratiche clinico-infermieristiche Regolamento di sala operatoria	Nessuno																
10	Risveglio	Il personale medico e infermieristico di sala operatoria, ciascuno secondo le proprie competenze: - monitora tutti i parametri del paziente in sala operatoria ed eventualmente in Sala PACU/Block Room/Presala; - previo contatto telefonico con il reparto di destinazione, concorda il trasferimento del paziente; - accompagna il paziente all'area passa malati e successivamente al reparto di destinazione.	Personale medico e infermieristico di sala operatoria Personale ausiliario (OSS)	Procedura AS/PR/093 "Percorso ospedaliero delle linee chirurgiche di diagnosi e cura e educazione alla salute" Procedura AS/PR/215 "Dipartimento Chirurgico: Percorso di diagnosi e cura dalla presa in carico alla dimissione" Buone pratiche clinico-infermieristiche Regolamento di sala operatorie Procedura AS/PR/013 "Norme generali e modalità di gestione dei documenti sanitari di ricovero, di visite ambulatoriali, di diagnostica strumentale" Check list di fine percorso SO Buone pratiche clinico-infermieristiche Regolamento di sala operatoria	Nessuno																

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

Nome del processo:	Elaborazione e monitoraggio della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)
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:	Staff della Direzione Amministrativa
RESP:	Gianluca Nappo
Struttura del RESP:	SOS Anticorruzione e Trasparenza
Data di aggiornamento:	23/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
ANAC Direttore di struttura complessa o Responsabile di struttura semplice (RESP) Direttore di Staff o di Dipartimento (DIR) Referenti per l'anticorruzione (REF) 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 sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO	Predisposizione della proposta di sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO entro il termine stabilito da ANAC. Relazione annuale del RPCT	Chiunque ANAC OIV

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
STAFDA002 - Elaborazione e monitoraggio della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) - 23/01/2024																					
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	Elaborazione della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO	Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) elabora la bozza sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 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 e trasparenza.	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	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso													
2	Consultazione Direzione Aziendale	Il RPCT sottopone la bozza alla Direzione Aziendale e, eventualmente la aggiorna in base alle indicazioni ricevute.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)	Normativa anticorruzione PNA Linee Guida ANAC Delibere e determine ANAC	Nessuno																
3	Pubblicazione per consultazione sul sito intranet ed internet aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"	La bozza, insieme ai suoi allegati, viene pubblicata con il PIAO per la consultazione sul sito intranet e su quello internet nella sezione "Amministrazione Trasparente". Il RPCT raccoglie e valuta le eventuali osservazioni pervenute.	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 propone la bozza definitiva alla Direzione Aziendale per l'inserimento nel PIAO.	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 nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, chiedendo 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 o incompleto monitoraggio delle misure anticorruzione previste	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso													

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

Nome del processo:	Gestione del whistleblowing
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	STAFDA003
DIR:	Leonardo Pasquini
Struttura del DIR:	Staff della Direzione Amministrativa
RESP:	Gianluca Nappo
Struttura del RESP:	SOS Anticorruzione e Trasparenza
Data di aggiornamento:	23/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Tutte le persone richiamate all'art. 3, commi 3 e 4 del D.Lgs. 24/2023 (c.d. whistleblower)	Segnalazione di violazioni	Il processo si occupa della gestione delle segnalazioni inviate dai whistleblower al RTPC	Avviso di ricevimento della segnalazione Inoltro della segnalazione Archiviazione Comunicazione dell'esito dell'istruttoria al whistleblower.	Autorità giudiziaria Autorità contabile Dipartimento della Funzione Pubblica Ufficio procedimenti disciplinari Servizio ispettivo aziendale Altri soggetti di competenza Segnalante

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
STAFDA003 - Gestione del whistleblowing - 23/01/2024																					
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 segnalazione	La segnalazione può essere inviata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) tramite posta elettronica, posta tradizionale, telefono o di persona, anche usando l'apposita modulistica. La segnalazione viene protocollata su un registro dedicato. E' in fase di predisposizione la piattaforma informatica per la gestione delle segnalazioni.	RPCT	D.Lgs. 24/2023 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1393/2023	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	D.Lgs. 24/2023 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1393/2023	Esiste il rischio che il RPCT alteri il risultato dell'istruttoria per garantire un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto coinvolto	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso													
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	D.Lgs. 24/2023 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1393/2023	Esiste il rischio che il RPCT/Istruttore alteri il risultato dell'istruttoria per garantire un vantaggio o uno svantaggio ad un soggetto coinvolto	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso													
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. Il RPCT informa il segnalante sull'esito dell'istruttoria entro 3 mesi dal ricevimento della segnalazione.	RPCT	D.Lgs. 24/2023 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1393/2023	Nessuno																
5	Archiviazione	Qualora, invece, il RPCT ravvisi elementi di manifesta infondatezza della segnalazione, la archivia dandone comunicazione al segnalante.	RPCT	D.Lgs. 24/2023 Regolamento aziendale approvato con delibera n. 1393/2023	Nessuno																

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

Nome del processo:	Accesso civico semplice
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	STAFDA006
Codice:	STAFDA004
DIR:	Leonardo Pasquini
Struttura del DIR:	Staff della Direzione Amministrativa
RESP:	Gianluca Nappo
Struttura del RESP:	SOS Anticorruzione e Trasparenza
Data di aggiornamento:	23/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Chiunque	Richiesta di dati, documenti o informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione	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.	Comunicazione del link dove è pubblicato il dato, il documento o l'informazione oggetto della richiesta. Eventuale segnalazione del mancato adempimento	Chiunque Direzione Aziendale OIV Ufficio Procedimenti ANAC SOC Affari generali

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
STAFDA004 - Accesso civico semplice - 23/01/2024																					
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 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 I.F. 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 I.F. Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione	Regolamento approvato con Delibera del D.G. n. 453 del 15/04/2022 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 del D.G. n. 453 del 15/04/2022 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 del D.G. n. 453 del 15/04/2022 D.Lgs. 33/2013	Nessuno																
5	Segnalazione di inadempienze	In relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, alla Direzione Aziendale, all'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 per favorire un soggetto interno all'Azienda	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso													

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:	Staff della Direzione Amministrativa
RESP:	Gianluca Nappo
Struttura del RESP:	SOS Anticorruzione e Trasparenza
Data di aggiornamento:	23/01/2024

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 Difensore Civico	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 Difensore Civico

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 - 23/01/2024

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 del D.G. n. 453 del 15/04/2022	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 del D.G. n. 453 del 15/04/2022	Nessuno																	
3	Accoglimento o rigetto dell'istanza	Sulla richiesta di riesame, il RPCT decide con provvedimento motivato e ne dà comunicazione all'interessato/Difensore Civico, alla Struttura aziendale coinvolta e alla SOC Affari Generali per la tenuta del Registro degli accessi.	RPCT	Regolamento approvato con Delibera del D.G. n. 453 del 15/04/2022	Omesso accoglimento della domanda di riesame per favorire un soggetto interno all'Azienda	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa e il livello economico/reputazionale si può considerare basso														

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:	STAFDA002, STAFDA004
Codice:	STAFDA006
DIR:	Leonardo Pasquini
Struttura del DIR:	Staff della Direzione Amministrativa
RESP:	Gianluca Nappo
Struttura del RESP:	SOS Anticorruzione e Trasparenza
Data di aggiornamento:	23/01/2024

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)	Monitoraggio sui 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 PIAO.	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 - 23/01/2024

2.1 - Descrizione delle attività														2.2 – Valutazione dei rischi						2.3 – Trattamento del rischio					
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza				
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI								
1	Attività di assistenza alla pubblicazione	L'incarico di funzione (IF) Sistema di trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione, 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"	IF Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione	D.Lgs. 33/2013 PNA PIAO Normativa di settore	Nessuno																				
2	Controllo di secondo livello	L'IF effettua un'attività di controllo di secondo livello sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale, segnalando ai DIR, RESP e REF coinvolti qualsiasi non conformità rilevata e ne chiede la risoluzione in un tempo congruo.	IF Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione	D.Lgs. 33/2013 PNA PIAO Normativa di settore	Omesso monitoraggio/controllo di secondo livello per avvantaggiare un soggetto interno all'Azienda	Confitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa e il livello economico/reputazionale si può considerare basso																	
3	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 l'IF hanno approntato una griglia per il monitoraggio degli obblighi di pubblicazione. L'IF invia la griglia che riporta gli obblighi di ciascun Dipartimento/Struttura e le non conformità rilevate, almeno semestralmente, ai rispettivi DIR, RESP e REF 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.	IF Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione	D.Lgs. 33/2013 PNA PIAO Normativa di settore	Nessuno																				
4	Monitoraggio di secondo livello	L'IF riceve le risposte inviate dai diversi Dipartimenti/Strutture e le assembla in un unico report contenente gli esiti del monitoraggio e controllo di secondo livello. Se necessario, acquisisce dai DIR e RESP, documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite audit.	IF Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione	D.Lgs. 33/2013 PNA PIAO Normativa di settore	Omesso monitoraggio/controllo di secondo livello per avvantaggiare un soggetto interno all'Azienda	Confitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa e il livello economico/reputazionale si può considerare basso																	
5	Comunicazioni sull'esito del monitoraggio	Il RPCT, tramite l'IF, invia il report complessivo alla Direzione Amministrativa evidenziando le non conformità che ancora devono essere risolte.	IF Sistema di Trasparenza, gestione e monitoraggio obblighi di pubblicazione	D.Lgs. 33/2013 PNA PIAO Normativa di settore	Mancata comunicazione delle non conformità rilevate per avvantaggiare un soggetto interno all'Azienda	Confitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa e il livello economico/reputazionale si può considerare basso																	
6	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 PIAO Normativa di settore	Mancata segnalazione di gravi non conformità rilevate	Confitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa e il livello economico/reputazionale si può considerare basso																	

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

Nome del processo:	Gestione del rischio corruzione
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	STAFDA002
Codice:	STAFDA007
DIR:	Leonardo Pasquini
Struttura del DIR:	Staff della Direzione Amministrativa
RESP:	Gianluca Nappo
Struttura del RESP:	SOS Anticorruzione e Trasparenza
Data di aggiornamento:	23/01/2024

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)	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.	Proposta di catalogo dei processi da allegare al PIAO	Chiunque Direzione Aziendale

2 – ANALISI DEL PROCESSO																																
STAFDA007 - Gestione del rischio corruzione - 23/01/2024																																
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'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, con i REF e con il personale amministrativo della SOS Anticorruzione e trasparenza 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 PIAO	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 PIAO	Nessuno																											
3	Recepimento della scheda di analisi compilata	Il RPCT riceve la scheda approvata dal RESP e dal DIR, e può decidere di pubblicarla sul sito Amministrazione Trasparente allo scopo di raccogliere le eventuali osservazioni da parte dei soggetti interessati. Successivamente la esamina, anche alla luce delle eventuali osservazioni pervenute, e la approva oppure la invia al RESP con le proprie indicazioni chiedendone una revisione.	RPCT Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PIAO	Omessa rilevazione dei rischi di corruzione e/o delle misure di prevenzione per avvantaggiare un soggetto interno all'Azienda	Conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa e il livello economico/reputazionale si può considerare basso																								
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 PIAO.	RPCT Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PIAO	Nessuno																											
5	Proposta di inserimento nel PIAO	Il RPCT sottopone alla Direzione Aziendale la bozza di Catalogo dei processi da allegare al PIAO.	Personale della SOS Anticorruzione e Trasparenza	Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PIAO	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'idoneità 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	Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PIAO	Omesso monitoraggio/controllo di secondo livello sulle misure di prevenzione per favorire un soggetto interno all'Azienda	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'idoneità 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	Legge 190/2012 PNA Linee guida ANAC PIAO	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:	Staff della Direzione Amministrativa
RESP:	Leonardo Pasquini
Struttura del RESP:	SOC Affari Generali
Data di aggiornamento:	23/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
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 - 23/01/2024																															
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, sponsorizzazioni e donazioni 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 la dichiarazione di assenza di conflitto d'interessi.	IF Progetti di ricerca, sponsorizzazioni e donazioni	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 il donante influenzi l'attività dei soggetti destinatari attraverso la donazione	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il livello di esposizione è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa dato che esiste già una modalità di verifica dell'assenza di conflitto di interessi tramite acquisizione di apposita dichiarazione. L'impatto economico/reputazionale si può considerare medio.	Sottoscrizione da parte del donante di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi in relazione a ciascuna donazione								X	N° Dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dal donante/N° di donazioni proposte	100%	RESP	31/12 di ogni anno										
2	Istruttoria	L'IF Progetti di ricerca, sponsorizzazioni e donazioni 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) e, 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.	IF Progetti di ricerca sponsorizzazioni e donazioni	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 venga attribuito un vantaggio ad un soggetto donante alterando i risultati dell'istruttoria	Mancanza o scarsa chiarezza della regolamentazione o presenza di eccessiva discrezionalità	Medio	Il livello di esposizione è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è bassa dato che esiste già una modalità di verifica dell'assenza di conflitto di interessi tramite istruttoria anche se in assenza di procedure specifiche. L'impatto economico/reputazionale si può considerare medio.	Predisposizione e utilizzo delle procedure richiamate all'art. 11 del regolamento aziendale approvato con delibera n. 1478/2020		X		X					Predisposizione e utilizzo delle procedure richiamate all'art. 11 del regolamento aziendale approvato con delibera n. 1478/2020 (SI/NO)	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.	IF Progetti di ricerca sponsorizzazioni e donazioni Comitato Tecnico Aziendale (CTA) composto da Il Direttore del Dipartimento del Decentramento 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	Esiste il rischio che i membri del comitato riconoscano un indebito vantaggio al soggetto donante alterando i contenuti del parere che devono esprimere	Presenza di conflitto di interessi	Alto	Il livello di esposizione è stato valutato alto perché la probabilità di accadimento è alta e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio.	Sottoscrizione da parte dei componenti del Comitato Tecnico Aziendale di 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 rilasciate dai membri del CTA/N° di sedute effettuate dal CTA per il numero di membri	100%	RESP	31/12 di ogni anno											
4	Richiesta accettazione donazione ai soggetti destinatari	L'IF Progetti di ricerca, sponsorizzazioni e donazioni 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 sponsorizzazioni e donazioni	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 l'attività dei destinatari della donazione sia influenzata dal soggetto donante con la donazione	Presenza di conflitto di interessi	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. L'impatto economico/reputazionale si può considerare medio.	Sottoscrizione da parte del ricevente di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi in relazione a ciascuna donazione								X	N° Dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi rilasciate dal ricevente/N° di donazioni accettate	100%	RESP	31/12 di ogni anno										
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 L'IF Progetti di ricerca, sponsorizzazioni e donazioni.	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 Approvvigionamento 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:	Affidamento incarichi legali per la difesa in giudizio
Area di rischio:	Incarichi e nomine
Processi connessi:	
Codice:	STAFDA013
DIR:	Leonardo Pasquini
Struttura del DIR:	Staff della Direzione Amministrativa
RESP:	Paolo Federigi, Massimiliano Vrenna
Struttura del RESP:	SOC Affari Legali, SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali
Data di aggiornamento:	23/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direzione Aziendale	Atto di citazione o altro atto introduttivo	Il processo si occupa dell'affidamento di incarichi legali per la difesa in giudizio ad avvocati interni o esterni e, successivamente alla gestione del contenzioso, dei relativi adempimenti finalizzati alla liquidazione dei compensi.	Liquidazione compensi	Avvocati interni Avvocati esterni Area personale dipendente SOC Fornitori

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
STAFDA013 - Affidamento incarichi legali per la difesa in giudizio - 23/01/2024																					
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 atto e prima valutazione	Il Direttore della SOC Affari Legali riceve dalla Direzione Aziendale un atto di citazione o altro atto (p.e. penale, ricorso TAR) ed effettua una prima valutazione.	Direttore della SOC Affari Legali	Delibera 519/2022 "Approvazione del regolamento Avvocatura-Affari Legali e dei criteri per la corresponsione delle competenze professionali agli avvocati interni ex art. 9, D.L. 24 giugno 2014, n. 90, come modificato in sede di conversione dall'art. 1, comma 1, della L. 11 agosto 2014, n.114"	Nessuno																
2	Valutazione affidamento interno o esterno	Il Direttore della SOC Affari Legali, sulla base di criteri prestabiliti (p.e. carico di lavoro della struttura, tipologia di causa in relazione alla disponibilità di competenze interne, giurisdizioni superiori, ecc) valuta se fare un affidamento interno o esterno.	Direttore della SOC Affari Legali	Delibera 981/2016 "Procedura affidamento incarichi di difesa in giudizio ad avvocati esterni" Delibera 519/2022 "Approvazione del regolamento Avvocatura-Affari Legali e dei criteri per la corresponsione delle competenze professionali agli avvocati interni ex art. 9, D.L. 24 giugno 2014, n. 90, come modificato in sede di conversione dall'art. 1, comma 1, della L. 11 agosto 2014, n.114"	Esiste il rischio che si ricorra all'affidamento esterno per garantire un vantaggio economico ad un professionista esterno	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa data la presenza di un regolamento aziendale che definisce i criteri per l'affidamento interno e esterno. L'impatto economico/reputazionale può essere considerato basso.													
3	Affidamento interno	Il Direttore della SOC Affari Legali, sulla base dei criteri stabiliti dal regolamento (carichi di lavoro individuali, ambito territoriale, principi di rotazione e di eventuali conflitti di interessi) individua il professionista interno al quale affidare la causa.	Direttore della SOC Affari Legali	Delibera 519/2022 "Approvazione del regolamento Avvocatura-Affari Legali e dei criteri per la corresponsione delle competenze professionali agli avvocati interni ex art. 9, D.L. 24 giugno 2014, n. 90, come modificato in sede di conversione dall'art. 1, comma 1, della L. 11 agosto 2014, n.114"	Esiste il rischio che l'avvocato interno incaricato condizioni l'esito della procedura per favorire un soggetto esterno	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa dato che l'affidamento è gestito dal Direttore della SOC Affari Legali. L'impatto economico/reputazionale può essere considerato basso.													
4	Affidamento esterno	Il Direttore della SOC Affari Legali sceglie il professionista tra quelli inclusi nell'albo aziendale degli avvocati esterni, sulla base dei criteri indicati all'articolo 5 della procedura aziendale. Il personale amministrativo della SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali: - acquisisce dai professionisti individuati le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi di cui all'art. 15 del D. Lgs. 33/2013 e le dichiarazioni di impegno ad applicare la tariffa minima prevista dal DM Ministeriali; - acquisisce il CIG per il tracciamento dei flussi finanziari; - predispone e inoltra al Direttore Generale la proposta di delibera di incarico, nella quale viene indicato il valore presunto della notula; - registra l'incarico su PerlaPA.	Il Direttore della SOC Affari Legali Personale amministrativo della SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Delibera 981/2016 "Procedura affidamento incarichi di difesa in giudizio ad avvocati esterni" DM 55/2014 come modificato dal DM 147/2022 Delibera Anac 371/2022 "Linee guida sulla tracciabilità dei flussi finanziari"	Esiste il rischio che l'avvocato interno incaricato condizioni l'esito della procedura per favorire un soggetto esterno	Presenza di conflitto di interessi	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa dato il rilascio delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi. L'impatto economico/reputazionale può essere considerato basso.													
																					Esiste il rischio che venga garantito un vantaggio economico ad un avvocato esterno
5	Gestione del contenzioso	L'avvocato interno o esterno incaricato gestisce il contenzioso in base alle regole processuali vigenti.	Avvocati esterni ed interni	R.D. 1443/1940 Codice di procedura civile e ss.mm.ii. D.P.R. 477/1988 Codice di procedura penale e ss.mm.ii. D.Lgs. 104/2010 Codice del processo amministrativo Altra normativa applicabile	Nessuno																
6	Rendicontazione e liquidazione incarichi affidati ad avvocati interni	Annualmente la SOC Affari Legali trasmette alla SOC Gestione delle variabili la rendicontazione dei compensi dovuti ai professionisti interni sulla base del regolamento aziendale, per la relativa liquidazione. I suddetti compensi saranno liquidati, con cadenza periodica non inferiore al quadrimestre, con provvedimento del Direttore Area Personale Dipendente.	Personale della SOC Affari Legali Direttore della SOC Affari Legali	Delibera 519/2022 "Approvazione del regolamento Avvocatura-Affari Legali e dei criteri per la corresponsione delle competenze professionali agli avvocati interni ex art. 9, D.L. 24 giugno 2014, n. 90, come modificato in sede di conversione dall'art. 1, comma 1, della L. 11 agosto 2014, n.114"	Nessuno																
7	Rendicontazione e liquidazione incarichi affidati ad avvocati esterni	Alla chiusura del contenzioso il professionista esterno invia la fattura alla SOC Affari Legali che effettua, in collaborazione con il Direttore della SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali, una prima valutazione di congruità e rispondenza con l'attività svolta. Nel caso in cui l'importo della fattura si discosti da quello indicato nella delibera di incarico, il professionista dovrà specificare e documentare i motivi che hanno condotto a tale discostamento. All'esito positivo della valutazione segue la procedura di liquidazione aziendale per fatturazione passiva.	Personale della SOC Affari Legali Direttore della SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Delibera 981/2016 "Procedura affidamento incarichi di difesa in giudizio ad avvocati esterni" DM 55/2014 come modificato dal DM 147/2022	Esiste il rischio che venga attribuito al professionista esterno un vantaggio/svantaggio economico non dovuto	Mancata applicazione di sistemi di verifica della notula	Basso	Il rischio è stato valutato basso perché la probabilità di accadimento è bassa dato che esiste un controllo sulla notula effettuato dagli avvocati interni. L'impatto economico/reputazionale può essere considerato basso.													

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

Nome del processo:	Richieste risarcitorie di terzi a gestione diretta
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	STAFDA015
DIR:	Leonardo Pasquini
Struttura del DIR:	Staff della Direzione Amministrativa
RESP:	Claudia Dami
Struttura del RESP:	SOC Comitato Gestione Sinistri e Assicurazioni
Data di aggiornamento:	23/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Cittadini istanti	Istanza risarcitoria	Il processo si occupa della gestione delle richieste risarcimento danni cagionati a terzi nell'espletamento dell'attività dell'Azienda USL Toscana Centro	Comunicazione reiezione della richiesta risarcitoria Segnalazione alla Corte dei Conti Disposizione di liquidazione	Cittadini Procura Regionale della Corte dei Conti SOC Ciclo passivo

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
STAFDA015 - Richieste risarcitorie di terzi a gestione diretta - 23/01/2024																					
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 istanza risarcitoria	La SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni riceve l'istanza risarcitoria del danneggiato, debitamente protocollata e, entro massimo 15 giorni, comunica all'istante l'apertura del procedimento e contestualmente trasmette l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili ex D. lgs. n. 196/2003. Viene quindi creato un apposito fascicolo con codice interno pratica e si procede al contestuale inserimento del sinistro nel SIRGS, determinando una riserva economica preliminare. Della richiesta risarcitoria, una volta numerata, viene data tempestiva comunicazione ai componenti del Comitato Gestione Sinistri aziendale. La richiesta viene anche inviata al Direttore della SOC Medicina legale ospedaliera e di gestione dei conflitti per la presa in carico del caso e gli adempimenti istruttori.	Personale amministrativo della SOC Comitato Gestione Sinistri e Assicurazioni	DGRT 1203/2009 DGRT 1234/2011 PA.GCS.02 Procedura aziendale per la gestione delle richieste risarcitorie di terzi	Nessuno																
2	Acquisizione relazione medico legale, per i casi di contestata malpractice, e/o di eventuali altri atti istruttori	La SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni, acquisisce la relazione medico legale ed eventuali altri atti istruttori, e li trasmette ai membri del Comitato Gestione Sinistri.	Personale amministrativo della SOC Comitato Gestione Sinistri e Assicurazioni	DGRT 1203/2009 DGRT 1234/2011 PA.GCS.02 Procedura aziendale per la gestione delle richieste risarcitorie di terzi	Nessuno																
3	Esame collegiale della pratica istruita	Una volta conclusa l'istruttoria, il sinistro viene discusso, alla luce delle perizie e della documentazione disponibile, in sede di Comitato Gestione Sinistri. La decisione definitiva può essere di reiezione oppure di accoglimento della richiesta; in questo secondo caso viene anche indicata la somma massima ritenuta congrua alla luce delle disposizioni normative e degli orientamenti giurisprudenziali in essere. L'esame si conclude con un verbale, consistente, per ciascun sinistro, in una scheda sintetica riassuntiva delle decisioni assunte e delle relative motivazioni; una copia delle schede viene inviata dalla SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni ai membri del Comitato.	Comitato Gestione Sinistri, composto da: Direttore della SOC Comitato gestione sinistri e assicurazione, Direttore della SOC Affari legali e avvocatura, Direttore della SOC Medicina legale ospedaliera e di gestione dei conflitti, due dirigenti medici in rappresentanza della Direzione Sanitaria Aziendale, Referente aziendale gestione rischio clinico, Direttore del Dipartimento Area Tecnica per i casi di competenza (o loro delegati o sostituti) Personale amministrativo della SOC Comitato Gestione Sinistri e Assicurazioni	DGRT 1203/2009 DGRT 1234/2011 PA.GCS.02 Procedura aziendale per la gestione delle richieste risarcitorie di terzi	Esiste il rischio che i membri del Comitato Gestione Sinistri alterino gli esiti dell'istruttoria al fine di attribuire un vantaggio o uno svantaggio non dovuto al richiedente	Presenza di membri del Comitato Gestione Sinistri il cui incarico di lavoro è inconfondibile per dettato normativo o che siano in conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare medio	Acquisizione da parte del personale amministrativo della SOC Comitato Gestione Sinistri e Assicurazioni delle dichiarazioni annuali di assenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 35-bis del D. Lgs. 165/2001, di tutti i membri partecipanti al Comitato Gestione Sinistri							X	Acquisizione da parte del personale amministrativo della SOC Comitato Gestione Sinistri e Assicurazioni delle dichiarazioni annuali di assenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 35-bis del D. Lgs. 165/2001, di tutti i membri partecipanti al Comitato Gestione Sinistri (SI/NO)	SI	RESP	31/12 di ogni anno	
									Inserimento all'interno di ciascun verbale sottoscritto dai membri del Comitato Gestione Sinistri, di una dichiarazione di assenza di conflitto di interessi									n° di verbali del Comitato Gestione Sinistri contenenti la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi/n° di verbali annuali del Comitato Gestione Sinistri	100%	RESP	31/12 di ogni anno
4	Eventuale esame del comitato regionale valutazione sinistri	Per le pratiche di valore superiore ai € 500.000,00 viene acquisito il parere del Comitato Regionale Valutazione Sinistri (CRVS), che si riunisce di regola a cadenza mensile.	Personale amministrativo della SOC Comitato Gestione Sinistri e Assicurazioni	DGRT 1203/2009 DGRT 1234/2011 PA.GCS.02 Procedura aziendale per la gestione delle richieste risarcitorie di terzi	Nessuno																
5	Comunicazione dell'esito all'istante	In caso di reiezione della richiesta risarcitoria, il responsabile del procedimento invia all'istante, a mezzo raccomandata A/R o PEC, risposta scritta a firma del Direttore Generale. In caso di accoglimento della richiesta risarcitoria il responsabile del procedimento intraprende trattative verbali per cercare di raggiungere un accordo conciliativo.	I.F. Gestione sinistri ambito Firenze ed Empoli I.F. Gestione sinistri ambito Prato e Pistoia, supporto amministrativo alla SOC ed al Comitato Gestione Sinistri Direttore della SOC Comitato Gestione sinistri ed assicurazioni	DGRT 1203/2009 DGRT 1234/2011 PA.GCS.02 Procedura aziendale per la gestione delle richieste risarcitorie di terzi	Nessuno																
6	Eventuale risarcimento del danno per le richieste ritenute fondate	Raggiunta un'ipotesi di accordo con la parte istante, sulla base di quanto deciso in seno al comitato, la SOC Comitato Gestione Sinistri e Assicurazioni predispone la delibera di liquidazione. La liquidazione viene disposta, dopo l'esecutività del provvedimento, previa acquisizione di quietanza liberatoria e della documentazione attestante eventuali spese da rimborsare.	I.F. Gestione sinistri ambito Firenze ed Empoli I.F. Gestione sinistri ambito Prato e Pistoia, supporto amministrativo alla SOC ed al Comitato Gestione Sinistri Direttore della SOC Comitato Gestione sinistri ed assicurazioni	DGRT 1203/2009 DGRT 1234/2011 PA.GCS.02 Procedura aziendale per la gestione delle richieste risarcitorie di terzi	Nessuno																
7	Trasmissione degli atti alla Procura Regionale della Corte dei Conti	Ogni risarcimento viene segnalato alla procura regionale della Corte dei Conti, di regola con periodicità mensile.	Direttore della SOC Comitato Gestione sinistri e assicurazioni	DGRT 1203/2009 DGRT 1234/2011 PA.GCS.02 Procedura aziendale per la gestione delle richieste risarcitorie di terzi	Nessuno																

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO

1.1 – Dati generali

Nome del processo:	Sistema Aziendale Privacy in materia di trattamento dei dati personali (Reg.UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.)
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	STAFDA017
DIR:	Leonardo Pasquini
Struttura del DIR:	Staff della Direzione Amministrativa
RESP:	Leonardo Pasquini a.i.
Struttura del RESP:	SOC Affari Generali
Data di aggiornamento:	23/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Dipartimento Risorse Umane Strutture aziendali	Organigramma Aziendale pubblicato sul sito istituzionale Dati trasmessi dal Dipartimento Risorse Umane: estrazione WHR Dedalus. Dati trasmessi dalle strutture aziendali sulla base della compilazione della documentazione predisposta dall'ufficio privacy (Check list di verifica adempimenti , schede analisi rischio, modulistica)	Il processo ha lo scopo di disciplinare, coordinare e assicurare la corretta applicazione degli obblighi organizzativi e documentali previsti dal nuovo quadro normativo in materia di trattamento dei dati personali (Reg. UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.)	Organigramma privacy Registro dei trattamenti di dati personali Valutazione di impatto (DPIA) Registro violazione dei dati	Direzione Generale Direzione Amministrativa Strutture aziendali Gruppo di lavoro protezione dei dati personali

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
STAFDA017 - Sistema Aziendale Privacy in materia di trattamento dei dati personali (Reg.UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.) - 23/01/2024																					
2.1 - Descrizione delle attività					2.2 – Valutazione dei rischi					2.3 – Trattamento del rischio											
N°	Nome attività	Descrizione attività e tempistiche	Esecutore	Vincoli	Rischi di corruzione	Fattori abilitanti	Livello di esposizione al rischio	Motivazione del livello di esposizione	Misure specifiche di prevenzione	Tipologia di misura								Indicatori di attuazione	Target indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Definizione Ruoli Privacy sulla base dell'organigramma aziendale	La Delibera D.G. n. 179/2019 ha definito il Sistema aziendale Privacy ed i principi cardine in materia di declinazione dell'organigramma aziendale ai sensi del Reg. UE 679/2016 definendo, tra l'altro, i criteri sulla base dei quali è "costruito" un organigramma "privacy". Al fine di formalizzare i ruoli di referente del trattamento (di norma individuati nei direttori di struttura aziendale) ed il ruolo di incaricato del trattamento (restante personale) è stato predisposto un portale privacy nella specifica sezione "Atti di Nomina". Il personale deve, pertanto, registrarsi sul portale al fine di concludere la procedura di nomina. Anche i nuovi assunti ricevono specifica comunicazione per la registrazione e formalizzazione del proprio ruolo privacy. Gli operatori dell'Ufficio Privacy supportano Direttori di struttura e dipendenti nell'adempimento dell'obbligo organizzativo e documentale.	Ufficio Privacy	Reg. UE 679/2016 (GDPR); D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. Provvedimenti Autorità Garante Protezione Dati; Delibera D.G. n. 179 del 30/01/2019 Procedure aziendali e Istruzioni operative	Nessuno																
2	Verifica adempimenti degli obblighi privacy nelle attività di trattamento dei dati personali gestite dalle strutture aziendali	Sulla base del Reg. UE 679/2016 e delle fonti normative nazionali in materia di privacy, il RPD (Responsabile Protezione Dati) e l'Ufficio Privacy hanno predisposto una Check list per la verifica degli adempimenti degli obblighi privacy da parte delle strutture aziendali. I Referenti rispondono ai quesiti posti in ciascuna Check list, in cui sono riassunte le regole cardine in materia di protezione dei dati personali. Il risultato ottenuto è l'autovalutazione della compliance alla normativa privacy messa in atto in ciascuna struttura aziendale. Tale modulistica è consultabile e reperibile dal "portale privacy" sezione "cruscotto". Il Portale è costantemente aggiornato per la modulistica e per le novità e cambiamenti in materia di protezione del dato personale.	Responsabile Protezione Dati (RPD) Ufficio Privacy	Reg. UE 679/2016 (GDPR); D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. Provvedimenti Autorità Garante Protezione Dati; Delibera D.G. n. 179 del 30/01/2019 Procedure aziendali e Istruzioni operative	Nessuno																
3	Mappatura dei trattamenti e analisi del rischio correlato alle attività di trattamento dei dati personali	Il RPD e l'Ufficio Privacy hanno predisposto la Scheda di Analisi del Rischio per la valutazione del rischio correlato ai trattamenti di dati personali effettuati dalle strutture aziendali. Tali schede devono essere compilate dai Referenti delle singole strutture secondo i criteri illustrati in specifici incontri con i rappresentanti delle singole strutture e veicolati tramite i componenti del Gruppo di lavoro aziendale. Gli operatori dell'Ufficio Privacy sono sempre a disposizione nell'affiancare e supportare i Direttori di struttura (o i loro delegati) nella compilazione delle schede. Da tale adempimento consegue l'autovalutazione del livello di sicurezza attuato da ciascuna struttura aziendale. I dati derivanti dalla compilazione delle Schede di Analisi del Rischio sono trasferiti sull'applicativo Privacy Manager, ai fini di predisporre e implementare il Registro aziendale dei Trattamenti di dati personali. L'analisi del rischio è propedeutica alla definizione della valutazione di impatto. E' stata predisposta una specifica procedura, di cui alla delibera DG n. 215/2020, al fine di disciplinare l'adempimento di cui agli artt.35 e 36 del Reg. UE 679/2016 relativi alla valutazione di impatto sulla protezione dei dati personali.	Responsabile Protezione Dati (RPD) Ufficio Privacy	Reg. UE 679/2016 (GDPR); D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. Provvedimenti Autorità Garante Protezione Dati Procedure aziendali e Istruzioni operative. Delibera DG. N. 251 del 28/02/2020.	Nessuno																
4	Predisposizione e implementazione del Registro dei Trattamenti di dati personali nell'ambito dell'applicativo Privacy Manager	Gli operatori dell'Ufficio Privacy supportano le strutture aziendali ai fini dell'implementazione dell'applicativo Privacy Manager per la costituzione e manutenzione del Registro dei trattamenti. A tale scopo l'Ufficio Privacy organizza con gli Incaricati del trattamento, designati dai Referenti Privacy, incontri di formazione finalizzati al corretto inserimento nell'applicativo Privacy Manager dei dati derivanti dalla compilazione delle Schede di Analisi del Rischio. Tramite la predisposizione e l'implementazione del Registro dei Trattamenti viene dato adempimento all'obbligo documentale disposto dall'art. 30 del GDPR.	Ufficio Privacy	Reg. UE 679/2016 (GDPR) D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. Provvedimenti Autorità Garante Protezione Dati	Nessuno																
5	Supporto alle strutture aziendali nella gestione della procedura di data breach (violazione dati personali)	Il RPD e gli operatori dell'Ufficio Privacy affiancano Referenti ed Incaricati del Trattamento ai fini della corretta applicazione della procedura aziendale (delibera n. 250/2020) avente ad oggetto la gestione di incidenti di sicurezza e violazione dati. Tramite l'applicativo Privacy Manager gli operatori dell'Ufficio Privacy hanno predisposto ed aggiornano costantemente il Registro aziendale delle violazioni dei dati.	RPD e Ufficio Privacy	Reg. UE 679/2016 (GDPR) D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. Provvedimenti Autorità Garante Protezione Dati Procedura aziendale PA.DA.01 (Delibera D.G. n. 250 del 28/02/2020) Istruzioni operative del RPD e del Titolare	Nessuno																
6	Formazione generale e gruppi di lavoro	Al fine di garantire la corretta formazione e informazione in merito a evoluzione normativa e best practice in materia di protezione dei dati personali, la Delibera D.G. n. 179/2019 ha previsto e disciplinato la costituzione di un Gruppo di Lavoro Privacy composto da rappresentanti di ciascun dipartimento aziendale. Il Gruppo di Lavoro è convocato con cadenza mensile dagli operatori dell'Ufficio Privacy in riunioni di formazione permanente, in modalità webinar, coordinate dal RPD. Tali riunioni sono funzionali a veicolare a tutti i Referenti ed Incaricati del trattamento di dati personali e, quindi, condividere a livello aziendale regole, obblighi normativi e documentali, best practice in materia di privacy. In adempimento dell'obbligo formativo disposto dall'art. 32 del GDPR, su supervisione del RPD e dell'Ufficio Privacy è stato predisposto un corso di formazione obbligatorio in modalità FAD, rivolto a tutti i dipendenti aziendali. La formazione in materia di privacy è anche assicurata attraverso la compilazione degli atti di nomina a Referente e Incaricato del trattamento dati, nei quali sono contenute istruzioni scritte relative allo svolgimento delle operazioni di trattamento di dati personali.	RPD e Ufficio Privacy	Reg. UE 679/2016 (GDPR) D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. Provvedimenti Autorità Garante Protezione Dati Delibera D.G. n. 179 del 30/01/2019	Nessuno																

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

Nome del processo:	Recupero crediti aperti e scaduti relativi a prestazioni fatturate a privati
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	APICDG001
Codice:	STAFDA019
DIR:	Leonardo Pasquini
Struttura del DIR:	Staff della Direzione Amministrativa
RESP:	n.a.
Struttura del RESP:	SOC Recupero Crediti
Data di aggiornamento:	23/01/2024

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
SOC Clienti	Tracciato Record contenente l'elenco dei crediti aperti e scaduti relativi a prestazioni fatturate a privati	Il processo si occupa del recupero crediti aperti e scaduti, relativi a prestazioni fatturate a privati, attraverso intimazione ed eventuale successiva iscrizione a ruolo.	Intimazione Iscrizione al ruolo Flusso posizioni aperte	Imprese private o enti pubblici o privati Agenzia delle Entrate SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
STAFDA019 - Recupero crediti aperti e scaduti relativi a prestazioni fatturate a privati - 23/01/2024																					
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	Acquisizione tracciato record	Semestralmente il personale amministrativo della SOC Recupero Crediti, con la supervisione dell'incarico di Funzione, acquisisce dalla SOC Clienti il tracciato record dei crediti aperti e scaduti, relativi alle prestazioni fatturate a privati, per i quali è necessario avviare le procedure di recupero.	Incarico di Funzione Sistemi di pagamento e recupero crediti Personale amministrativo della SOC Recupero Crediti	Regolamento recupero crediti adottato con Delibera 694/2020 PAC 0306 aggiornata il 20/09/2023, "Riscossione dei crediti" PAC 0307, aggiornata a settembre 2023, "Valutazione dell'esigibilità dei crediti"																	
2	Predisposizione flusso ai fini della fase di intimazione	Il personale amministrativo della SOC Recupero Crediti, con la supervisione dell'incarico di Funzione, provvede all'analisi della completezza del flusso acquisito e al successivo caricamento sull'apposito portale ai fini dell'invio massivo delle lettere di intimazione. La stampa e imbustamento competono alla Ditta esterna titolare del servizio, che fornisce un portale sul quale la SOC Recupero Crediti consulta costantemente lo stato di avanzamento degli invii.	Incarico di Funzione Sistemi di pagamento e recupero crediti Personale amministrativo della SOC Recupero Crediti	Regolamento recupero crediti adottato con Delibera 694/2020 PAC 0306 aggiornata il 20/09/2023, "Riscossione dei crediti" PAC 0307, aggiornata a settembre 2023, "Valutazione dell'esigibilità dei crediti"	Esiste il rischio che il personale amministrativo della SOC Recupero Crediti attribuisca un vantaggio non dovuto ad un soggetto debitore evitando o ritardando il recupero del credito	Presenza di conflitto di interessi	Basso														
3	Gestione eventuali contestazioni	In caso di eventuali contestazioni, l'incarico di Funzione coadiuvato dal personale amministrativo della SOC Recupero Crediti, effettua l'istruttoria, eventualmente rivolgendosi ai referenti delle strutture titolari del credito per integrazioni documentali o per chiarimenti utili all'istruttoria stessa. A conclusione dell'istruttoria viene dato un riscontro al soggetto intimato, confermando il debito oppure archiviando la posizione.	Incarico di Funzione Sistemi di pagamento e recupero crediti Personale amministrativo della SOC Recupero Crediti	Regolamento recupero crediti adottato con Delibera 694/2020 PAC 0306 aggiornata il 20/09/2023, "Riscossione dei crediti" PAC 0307, aggiornata a settembre 2023, "Valutazione dell'esigibilità dei crediti"	Esiste il rischio che l'incarico di Funzione attribuisca un vantaggio non dovuto ad un soggetto debitore accogliendo le contestazioni anche in assenza di elementi oggettivi fondati	Presenza di conflitto di interessi	Basso														
4	Acquisizione report degli incassi nella fase di intimazione	Trascorsi di norma 6 mesi dall'invio dell'intimazione di pagamento, il personale amministrativo della SOC Recupero Crediti, con la supervisione dell'incarico di Funzione, acquisisce dalla SOC Clienti il report relativo alle posizioni creditorie ancora aperte (intimati non paganti).	Incarico di Funzione Sistemi di pagamento e recupero crediti Personale amministrativo della SOC Recupero Crediti	Regolamento recupero crediti adottato con Delibera 694/2020 PAC 0306 aggiornata il 20/09/2023, "Riscossione dei crediti" PAC 0307, aggiornata a settembre 2023, "Valutazione dell'esigibilità dei crediti"																	
5	Valutazione congiunta per attivazione fase coattiva	Il Direttore della SOC Recupero Crediti, in collaborazione con il Direttore della SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali, valuta le posizioni ancora pendenti individuando quelle da iscrivere a ruolo e quelle per le quali, invece, attivare la riscossione coattiva a cura della SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali.	Direttore della SOC Recupero Crediti	Regolamento recupero crediti adottato con Delibera 694/2020 PAC 0306 aggiornata il 20/09/2023, "Riscossione dei crediti" PAC 0307, aggiornata a settembre 2023, "Valutazione dell'esigibilità dei crediti"																	
6	Predisposizione flusso ai fini della fase di iscrizione al ruolo	Per le posizioni da iscrivere a ruolo, il personale amministrativo della SOC Recupero Crediti, con la supervisione dell'incarico di Funzione, predispone il flusso delle posizioni ancora aperte per l'invio di tipo massivo su apposito portale dell'Agenzia delle Entrate.	Incarico di Funzione Sistemi di pagamento e recupero crediti Personale amministrativo della SOC Recupero Crediti	Minuta di ruolo da supporto magnetico, TRACCIATO IN TXT 450 AGENZIA DELLE ENTRATE da caricare, compilato, su portale agenzia delle Entrate www.entraterscossione.it																	
7	Ricezione report incassi nella fase di iscrizione al ruolo	Il personale amministrativo della SOC Recupero Crediti, con la supervisione dell'incarico di Funzione, acquisisce dall'Agenzia delle Entrate, tramite il medesimo portale, il report relativo alle posizioni incassate a seguito delle iscrizioni a ruolo.	Incarico di Funzione Sistemi di pagamento e recupero crediti Personale amministrativo della SOC Recupero Crediti	account dedicato con accesso da portale www.entraterscossione.it																	
8	Predisposizione flusso posizioni non incassate residuali	Il personale amministrativo della SOC Recupero Crediti, con la supervisione dell'incarico di Funzione, predispone il flusso relativo alle posizioni non incassate residuali e lo invia alla SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali ed alla SOC Clienti per le successive fasi coattive.	Incarico di Funzione Sistemi di pagamento e recupero crediti Personale amministrativo della SOC Recupero Crediti	Regolamento recupero crediti adottato con Delibera 694/2020 PAC 0306 aggiornata il 20/09/2023, "Riscossione dei crediti" PAC 0307, aggiornata a settembre 2023, "Valutazione dell'esigibilità dei crediti"	Esiste il rischio che il personale amministrativo della SOC Recupero Crediti attribuisca un vantaggio non dovuto ad un soggetto debitore evitando o ritardando il recupero del credito	Presenza di conflitto di interessi	Basso														

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

Nome del processo:	Adozione delibere del Direttore Generale
Area di rischio:	Attività amministrative non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	STAFFDG001
DIR:	Valeria Favata a.i.
Struttura del DIR:	Staff Direzione Generale
RESP:	n.a.
Struttura del RESP:	SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici
Data di aggiornamento:	11/12/2023

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Dipartimenti e strutture aziendali	Proposte deliberative	Il processo gestisce il procedimento amministrativo di adozione delle delibere del Direttore Generale	Delibere del Direttore Generale	Dipartimenti e strutture aziendali

2 – ANALISI DEL PROCESSO																					
STAFFDG001 - Adozione delibere del Direttore Generale - 11/12/2023																					
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	Ricevimento, analisi e correzione delle proposte deliberative	I dipartimenti e le strutture dell'Azienda, dopo aver inserito le bozze delle proposte deliberative nell'applicativo informatico, le avanzano all'esame della segreteria delibere, dove il personale amministrativo dell'Ufficio Atti le analizza e le verifica per quanto riguarda correttezza e completezza dei dati (sia negli atti stessi che nella procedura informatica). Eventuali modifiche e/o integrazioni vengono eseguite in accordo e con la cooperazione delle strutture proponenti e con il NTQA (nucleo tecnico qualità amministrativa) per le proposte del Dipartimento Area Tecnica. Procedimento generalmente eseguito a cadenza settimanale	Personale amministrativo SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici – Ufficio Atti	L. 241/1990 D.lgs 502/92 L.R. 40/2005 D.lgs 33/2013	Nessuno																
2	Organizzazione della seduta dei Direttori, redazione o.d.g. e trasmissione proposte	Le proposte deliberative, corredate di eventuali allegati e documenti di supporto, vengono esportate dall'applicativo ed organizzate in cartelle digitali. Queste, suddivise in relazione ad ogni specifico dipartimento, compongono il contenuto della seduta e vengono trasmesse, generalmente tutti i venerdì, alla visione dei direttori per le loro valutazioni. Insieme alle proposte viene allegato un documento, ordine del giorno (o.d.g.), che elenca e descrive in breve le proposte pervenute. Qualora un dipartimento/struttura rilevi un'urgenza e necessità di sottoporre all'attenzione dei direttori una propria proposta deliberativa con imminenza, può, motivandone le necessità, attenzionare le direzioni chiedendone l'adozione c.d. "fuori sacco", ovvero fuori dalla seduta settimanale. Questo percorso abbreviato anticipa i tempi di valutazione, ma per il rispetto della normativa vigente non può ridurre le fasi. Procedimento generalmente eseguito a cadenza settimanale	Personale amministrativo SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici – Ufficio Atti	L. 241/1990 D.lgs 502/92 L.R. 40/2005 D.lgs 33/2013	Nessuno																
3	Recepimento pareri DA, DS, DSS e trasmissione seduta al Direttore Generale	Il personale amministrativo dell'Ufficio Atti, una volta acquisiti i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Sociali, li verbalizza in un documento digitale che trasmette e sottopone alla visione del Direttore Generale. Procedimento generalmente eseguito a cadenza settimanale	Personale amministrativo SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici – Ufficio Atti	L. 241/1990 D.lgs 502/92 L.R. 40/2005 D.lgs 33/2013	Nessuno																
4	Parere del Direttore Generale e avvio delle sessioni di firma	A seguito del recepimento del parere del Direttore Generale, l'Ufficio Atti avvia alla firma le proposte deliberative che hanno ricevuto tutti i pareri obbligatori positivi e ne da comunicazione alle direzioni (DA, DS, DSS). Le eventuali proposte che ricevono parere negativo e motivato, vengono sospese o respinte alle strutture proponenti. Il personale amministrativo dell'Ufficio Atti si fa carico di una prima fase di assistenza informatica durante il processo di firma digitale (svolto all'interno dell'applicativo informatico aziendale). Procedimento generalmente eseguito a cadenza settimanale	Personale amministrativo SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici – Ufficio Atti	L. 241/1990 D.lgs 502/92 L.R. 40/2005 D.lgs 33/2013	Nessuno																
5	Pubblicazioni su Albo Pretorio, invio delibere al Collegio Sindacale creazione e firma dei certificati di pubblicazione	Al completamento delle firme di tutti i direttori, le proposte deliberative acquisiscono esecutività e vengono numerate in ordine crescente dall'applicativo. Al termine di queste operazioni, il personale amministrativo dell'Ufficio Atti crea digitalmente i frontespizi delle delibere approvate in seduta e le pubblica, complete di firma digitale, sul sito aziendale nella sezione "Albo Pretorio - Delibere del Direttore Generale". Le delibere vengono altresì trasmesse entro 10 giorni al Collegio Sindacale per gli obblighi di cui all'art.3-ter del D.Lgs 502/92. A seguito di avvenuta e corretta pubblicazione, viene creato e firmato digitalmente il documento del certificato di pubblicazione, che accerta la corretta pubblicazione delle delibere sull'Albo Pretorio dove rimarranno visibili per 15 giorni. Procedimento generalmente eseguito a cadenza settimanale	Personale amministrativo SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici – Ufficio Atti	L. 241/1990 D.lgs 502/92 L.R. 40/2005 D.lgs 33/2013	Nessuno																

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

Nome del processo:	Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit)
Area di rischio:	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
Processi connessi:	
Codice:	STAFDS003
DIR:	Alessandro Sergi
Struttura del DIR:	Staff Direzione Sanitaria
RESP:	Piero Luigi Perruccio
Struttura del RESP:	SOS Etica e cura
Data di aggiornamento:	13/11/23

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Promotore (es. Aziende farmaceutiche, Produttori dispositivi medici, etc.)	Richiesta adesione studio clinico	Gestire l'iter delle sperimentazioni cliniche (Profit e No Profit)	Contratto/Convenzione Provvedimento autorizzativo	Promotore (es. Aziende farmaceutiche, Produttori dispositivi medici, etc.), CRO (Contract Research Organization)

2 - ANALISI DEL PROCESSO																						
STAFD5003 - Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit) - 26/07/2023																						
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	Presentazione della documentazione da parte del Promotore	Il Promotore/Organizzatore di ricerca a contratto (CRO) invia la richiesta di adesione e la documentazione necessaria per l'attivazione di una sperimentazione a: 1) DG (tramite TFA); 2) Comitato Etico Territoriale (CET) individuato tra i 40 Comitati Etici secondo il DM 26 gennaio 2023 "individuazione di quaranta comitati etici territoriali (CET)"; 3) ove applicabile, all'autorità competente (AIFA o Ministero della Salute); 4) al clinico a cui si chiede di svolgere la sperimentazione (PI). Il PI accetta la richiesta di partecipare alla sperimentazione e si interfaccia con la TFA circa gli aspetti organizzativi ed economici della sperimentazione, viene supportato alla preparazione della documentazione prevista dal Regolamento e sottoscrive i documenti richiesti fra cui il Modulo Dichiarazione di Interessi (DoI) dello sperimentatore principale. La TFA supporta il PI nella gestione dei documenti necessari alla valutazione dello studio da parte del CET.	Promotore/Organizzatore di ricerca a contratto (CRO) Sperimentatore Principale (PI) Task Force Sperimentazione Clinica (TFA) presso la SOS Etica e Cura I.F. Attività tecnico-amministrative "Task Force" sperimentazione clinica Clinical Study Coordinator Direttore della SOS Etica e Cura	Regolamento UE 2017/745 Regolamento UE 536/2014 Regolamento per la conduzione degli studi clinici nella AUSL Toscana Centro 15/05/2018 (DOC.AGC.01) Legge 11 gennaio 2018, n. 3 DM 19 aprile 2018 DM 30 novembre 2021 DM 26 gennaio 2023 DM 30 gennaio 2023 DM 12 aprile 2023 (rif: 23A03357 e 23A03358) DM 20 Marzo 2023 (rif: 23A03363 e 23A03364) D.D. R.T. 414 del 10.02.2016	Esiste il rischio che il PI condizioni la sperimentazione al fine di attribuire un vantaggio non dovuto ad un promotore	Presenza di conflitto di interessi	Medio	Il rischio è stato valutato medio in quanto la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Rilascio da parte del PI della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi integrata nel modello DoI								X	N° di dichiarazioni rilasciate dal PI/n° di negoziazioni effettuate	100%	RESP	31/12 di ogni anno	
2	Emissione del parere sulla fattibilità locale (idoneità Centro -specificità)	La SOS Etica e cura, tramite la TFA, è delegata dalla Direzione Generale al rilascio della fattibilità locale. Effettua la valutazione della fattibilità dello studio a livello del centro sperimentale coinvolto, in termini di personale partecipante, valutazione dei requisiti previsti per la conduzione dello studio, gestione del farmaco da parte della farmacia di afferenza, gestione delle analisi da parte del laboratorio e dell'unità di diagnostica per immagini di afferenza, ecc. Se la valutazione è favorevole, rilascia il modulo di idoneità del Centro (parere preventivo di fattibilità) e l'iter prosegue; in caso contrario la sperimentazione non può avere luogo.	Staff Direzione Sanitaria Direttore della SOS Etica e Cura	Regolamento UE 536/2014 Regolamento per la conduzione degli studi clinici nella AUSL Toscana Centro 15/05/2018 (DOC.AGC.01) D.D. R.T. 414 del 10.02.2016	Nessuno																	
3	Istruttoria per l'emissione dell'analisi di impatto aziendale (Mod. B6)	Successivamente al rilascio dell'idoneità centro-specifica, la TFA: - Valuta la documentazione e lo studio clinico trasmesso e proposto dal PI; - Predisporre il Mod. B6 (Analisi di impatto aziendale) secondo i termini negoziati, il modello viene sottoscritto dal PI e dal Direttore della Struttura interessata e convalidato dal Responsabile della TFA (Direttore della SOS Etica e Cura); - Effettua un'analisi del rischio corruttivo mediante indicatori prestabiliti; - Rilascia il documento "Analisi di impatto aziendale" che invia, contestualmente alla bozza del contratto (vedi punto successivo), alla Direzione Sanitaria. La Direzione Sanitaria può, qualora lo ritenga necessario, richiedere integrazioni alla stessa TFA, preliminarmente alla sottoscrizione del contratto.	Task Force Sperimentazione Clinica (TFA) Direttore della SOS Etica e Cura	Regolamento per la conduzione degli studi clinici nella AUSL Toscana Centro 15/05/2018 (DOC.AGC.01) D.D. R.T. 414 del 10.02.2016 D.D. R.T. del 6748 del 28.07.2016	Esiste il rischio che la proposta di sperimentazione presenti delle criticità che potrebbero favorire un finanziamento non corrispondente alle sole finalità della sperimentazione stessa	Mancanza di controlli adeguati	Medio	Il rischio è stato valutato basso in quanto la probabilità di accadimento è medio e l'impatto economico/reputazionale si può considerare basso	Effettuazione, per ciascuna proposta di sperimentazione, di un'analisi del rischio corruttivo mediante indicatori prestabiliti								X	Effettuazione, per ciascuna proposta di sperimentazione, di un'analisi del rischio corruttivo mediante indicatori prestabiliti (SI/NO)	SI	RESP	31/12 di ogni anno	
4	Redazione/negoziazione contratto	La TFA perfeziona, in accordo con il promotore, i contenuti formali e tecnici del contratto sulla base del modello standard studio-specifici. L'I.F. Attività tecnico-amministrative "Task Force" sperimentazione clinica verifica la rispondenza finale del documento (check-list di controllo) prima dell'invio alla firma. Il nulla osta finale viene dato dal Direttore della SOS Etica e Cura.	Task Force Sperimentazione Clinica (TFA) I.F. Attività tecnico-amministrative "Task Force" sperimentazione clinica	Regolamento UE 536/2014 Regolamento per la conduzione degli studi clinici nella AUSL Toscana Centro 15/05/2018 (DOC.AGC.01) D.D. R.T. 414 del 10.02.2016	Nessuno																	
5	Attivazione flusso documenti per parere e censimento studio su Piattaforma Regionale CRPMS	La TFA trasmette la documentazione di cui ai punti precedenti al CET tramite il Promotore/CRO e censisce lo studio in Piattaforma CRPMS. I requisiti e le specifiche delle informazioni e degli atti digitali inseriti in piattaforma sono definiti dal software secondo procedura regionale.	Task Force Sperimentazione Clinica	Regolamento UE 536/2014 Regolamento per la conduzione degli studi clinici nella AUSL Toscana Centro 15/05/2018 (DOC.AGC.01) D.D. R.T. 414 del 10.02.2016 D.D. R.T. del 6748 del 28.07.2016	Nessuno																	
6	Emissione del parere del Comitato Etico Territoriale (CET)	La segreteria del CET effettua una verifica complessiva del caso; conclude l'istruttoria ed inserisce la sperimentazione nell'ordine del giorno (all'Odg) della seduta del CET per il rilascio del relativo parere. Il CET esprime il parere, la Segreteria del CET predisponde il verbale e lo inoltra, se applicabile, all'autorità competente (AIFA o Ministero della Salute) e al Promotore/CRO (tramite piattaforma CTIS se studio farmacologico) che lo trasmetterà alla TFA per la conclusione dell'iter. Se il parere è negativo, l'iter si arresta. Se il parere è favorevole, si procede con la firma del contratto e l'emissione del provvedimento autorizzativo come specificato nella fase successiva.	Comitato Etico Territoriale (CET) Task Force Sperimentazione Clinica (TFA)	Regolamento UE 536/2014 Regolamento per la conduzione degli studi clinici nella AUSL Toscana Centro 15/05/2018 (DOC.AGC.01) D.D. R.T. 414 del 10.02.2016	Nessuno																	
7	Acquisizione firme sul contratto (già concordato) e predisposizione del provvedimento autorizzativo	La TFA, acquisite le necessarie autorizzazioni previste dalle autorità competenti, attiva l'iter per le firme della convenzione/contratto, predisponde il provvedimento autorizzativo e il contratto che viene firmato dalla Direzione Sanitaria.	Task Force Sperimentazione Clinica (TFA)	Regolamento UE 536/2014 D.D. R.T. 414 del 10.02.2016	Nessuno																	
8	Emissione del provvedimento autorizzativo ed invio della documentazione al Promotore	Con Determina del Direttore della SOS Etica e Cura viene autorizzata la sperimentazione. La TFA invia l'atto autorizzativo e il contratto sottoscritti al promotore/CRO.	Task Force Sperimentazione Clinica (TFA)	Regolamento UE 536/2014 D.D. R.T. 414 del 10.02.2016	Nessuno																	
9	Rendicontazione della sperimentazione	La TFA acquisisce le relazioni periodiche e le rendicontazioni sull'andamento dello studio fornite dal PI e verifica la correttezza dei dati presentati. In particolare, il PI provvede alla predisposizione dei documenti secondo modelli da Regolamento ed è tenuto ad inviare un documento di rendicontazione sull'avanzamento dello studio, dopo che questo è stato attivato; ciò avviene di solito a fine anno a mezzo di relazione sintetica. Per gli studi profit, invece, la relazione viene inviata alla TFA che provvede a verificarne la congruità e, all'esito positivo della verifica, autorizza la fatturazione da parte della SOC Clienti. La TFA controlla che i dati indicati (pazienti arruolati rispetto ai previsti, tempi di esecuzione, personale coinvolto, etc etc) siano congrui con l'autorizzazione emessa.	Task Force Sperimentazione Clinica (TFA)	Regolamento UE 536/2014 Regolamento per la conduzione degli studi clinici nella AUSL Toscana Centro 15/05/2018 (DOC.AGC.01) D.D. R.T. 414 del 10.02.2016	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:	STAFFDS005
DIR:	Alessandro Sergi
Struttura del DIR:	Staff della Direzione Sanitaria
RESP:	Anna Patrizia Poli
Struttura del RESP:	SOSD Infezioni correlate all'assistenza
Data di aggiornamento:	14/12/2023

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. Report annuali dell'attività	Direttore Sanitario Direttori di Dipartimento Direttori di Strutture che erogano prestazioni sanitarie Team di presidio Referenti ICA

2 – ANALISI DEL PROCESSO

STAFFDS005 - Gestione delle infezioni correlate all'assistenza, antibioticoresistenza, sepsi nell'ambito delle attività indicate dal Team AID - 14/12/2023

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 indicatori	Responsabile dell'attuazione della misura	Scadenza
										CN	TR	ET	RG	SM	FR	RT	CI				
1	Programmazione delle attività	Con cadenza annuale il Team AID (Antimicrobial Stewardship, Infection, diagnostic stewardship), attraverso incontri, definisce, sulla base degli indicatori aziendali collegati alle ICA e del Piano Annuale di miglioramento previsto dalle norme di accreditamento, gli obiettivi prioritari in relazione alla gestione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), all'antibiotic stewardship e alla sepsi. 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: organismo multidisciplinare e multiprofessionale presieduto dal Direttore Sanitario; il responsabile del Team AID aziendale è il Direttore della SOSD Infezioni correlate all'assistenza; il Team è composto dai referenti indicati dai Direttori dei Dipartimenti e delle Strutture aziendali coinvolte nella gestione del rischio ICA	Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR 2022/2025) Decreto Regionale n. 1439 del 17/12/2018 "Linee di indirizzo per un approccio integrato alla prevenzione e contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, all'antimicrobico-resistenza e alla sepsi"	Nessuno																
2	Vigilanza e controllo	Il Direttore della SOSD Infezioni correlate all'assistenza, in collaborazione con la rete dei referenti ICA, effettua 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 vengono analizzate le attività svolte e si individuano le azioni di miglioramento relative alle non conformità e criticità emerse rispetto alle indicazioni aziendali, regionali e alle normative nazionali.	Direttore della SOSD Infezioni correlate all'assistenza Personale della SOSD Infezioni correlate all'assistenza Referenti ICA: Coordinatori del Dipartimento Infermieristico Ostetrico e Direttori delle strutture dipartimentali interessate	Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR 2022/2025) Decreto Regionale n. 1439 del 17/12/2018 "Linee di indirizzo per un approccio integrato alla prevenzione e contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, all'antimicrobico-resistenza e alla sepsi"	Nessuno																
3	Monitoraggio ed eventuali azioni di miglioramento	Il Direttore Direttore SOSD Infezioni correlate all'assistenza effettua il monitoraggio degli indicatori aziendali collegati alle ICA e quelli previsti all'interno delle procedure aziendali. Nel caso siano necessarie azioni di miglioramento, collabora con i Direttori di Dipartimento/Direttori di Struttura/Team di presidio/Referenti ICA interessati dalla problematica per la loro attuazione.	Direttore Direttore SOSD Infezioni correlate all'assistenza Personale della SOSD Infezioni correlate all'assistenza Direttori di Dipartimento Direttori di Struttura Team di presidio Referenti ICA	Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR 2022/2025) Decreto Regionale n. 1439 del 17/12/2018 "Linee di indirizzo per un approccio integrato alla prevenzione e contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, all'antimicrobico-resistenza e alla sepsi"	Nessuno																
4	Stesura del report annuale delle attività	Il Direttore della SOSD Infezioni correlate all'assistenza redige, insieme ai referenti ICA aziendali, i report di interesse in tema di ICA. I report vengono diffusi e condivisi attraverso azioni di formazione e vengono resi disponibili per la consultazione nella intranet aziendale.	Direttore SOSD Infezioni correlate all'assistenza Personale della SOSD Infezioni correlate all'assistenza	Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR 2022/2025) Decreto Regionale n. 1439 del 17/12/2018 "Linee di indirizzo per un approccio integrato alla prevenzione e contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, all'antimicrobico-resistenza e alla sepsi"	Nessuno																
5	Formazione del personale	Il Direttore SOSD Infezioni correlate all'assistenza, in collaborazione con il Team AID organizza incontri di formazione itinerante all'interno dei presidi dell'Azienda finalizzati alla sensibilizzazione in materia di gestione del rischio infettivo.	Direttore SOSD Infezioni correlate all'assistenza Personale della SOSD Infezioni correlate all'assistenza Team AID	Piano nazionale di contrasto all'antibiotico-resistenza (PNCAR 2022/2025) Decreto Regionale n. 1439 del 17/12/2018 "Linee di indirizzo per un approccio integrato alla prevenzione e contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, all'antimicrobico-resistenza e alla sepsi"	Nessuno																

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

Nome del processo:	Gestione dei progetti di produttività aggiuntiva in radiodiagnostica
Area di rischio:	Attività sanitarie non riconducibili ad altre aree di rischio
Processi connessi:	
Codice:	TECSAN001
DIR:	Sandra Moretti
Struttura del DIR:	Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie
RESP:	Da assegnare
Struttura del RESP:	SOC Attività diagnostiche per immagini SOS Attività diagnostiche per Immagini Firenze SOS Attività diagnostiche per Immagini Empoli, Prato e Pistoia
Data di aggiornamento:	11/10/2023

1.2 – Descrizione

Fornitori	Input	Processo	Output	Clienti
Direttori delle SOC/SOS attività diagnostiche per immagini	Rilevazione di specifiche esigenze sanitarie che richiedono l'attivazione di un progetto di attività aggiuntiva	Il processo si occupa della predisposizione, della gestione, del monitoraggio e della rendicontazione dei progetti di produttività aggiuntiva che coinvolgono il personale del comparto del Dipartimento.	Report sugli esiti della valutazione di conformità dei progetti	Direzione del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie

2 – ANALISI DEL PROCESSO																													
TECSAN001 - Gestione dei progetti di produttività aggiuntiva in radiodiagnostica - 11/10/2023																													
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	Definizione e presentazione progetto	Al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza (LEA) e/o di ridurre e contenere i tempi di attesa nell'erogazione dei servizi e/o di garantire la continuità assistenziale oppure sulla base di specifiche esigenze sanitarie, la SOC Attività diagnostiche per immagini e/o le SOS ad essa afferenti, eventualmente in collaborazione con altre strutture aziendali, sviluppano progetti di produttività aggiuntiva destinati al personale di afferenza dell'area contrattuale del comparto. La stesura dei progetti è effettuata dal Responsabile e dal Coordinatore del progetto entro la fine di ogni anno, per l'anno successivo, sulla base di un format dedicato dove sono espressi tutti i punti operativi da esplicitare (ore del progetto totali, giorni della settimana in cui si effettua il progetto, nome e cognome dei partecipanti, tabella economica di spesa etc).	Responsabile del Progetto Coordinatore del progetto	Art. 7, comma 1, lettera d) del CCNL Comparto Sanità del 02/11/2022 Art. 33 Regolamento Asl Toscana Centro per la disciplina delle modalità organizzative dell'attività libero professionale intramuraria e per la disciplina dell'area a pagamento del personale medico e veterinario e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario	Nessuno																								
2	Verifica fattibilità economica progetto	Il Direttore del Dipartimento, con il Direttore della SOC Attività diagnostiche per immagini, i Direttori delle SOS ad essa afferenti e l'IF "Monitoraggio rendicontazione e analisi dei flussi risorse umane", valuta la correttezza formale, i contenuti del progetto e la sua fattibilità economica. Le attività aggiuntive possono essere finanziate da budget aziendale oppure con finanziamenti specifici (es. abbattimento liste di attesa, Vaccinazioni Covid, etc). Il Direttore del Dipartimento definisce il budget da assegnare alle strutture coinvolte nel progetto. Nel caso in cui sia coinvolto personale afferente ad altri dipartimenti, ogni Direttore di Dipartimento assegnerà il proprio budget. Il progetto è sottoposto alla Direzione Aziendale per l'eventuale approvazione con delibera.	Direttore Dipartimento delle Professioni Tecniche Sanitarie Direttore della SOC Attività diagnostiche per immagini Direttore SOS Attività diagnostiche per immagini Firenze Direttore SOS Attività diagnostiche per immagini Empoli, Prato e Pistoia IF "Monitoraggio rendicontazione e analisi dei flussi risorse umane"	Nessuno	Nessuno																								
3	Acquisizione disponibilità personale e distribuzione ore progetto	Successivamente alla delibera, il Responsabile del progetto, anche per il tramite degli IF gestionali dei vari Presidi, provvede a richiedere ed acquisire le disponibilità su base volontaria del personale afferente alla SOC Attività diagnostiche per immagini. Gli IF gestionali, in base alle suddette disponibilità, effettuano un'equa distribuzione delle ore mensili previste per il progetto (le attività sono realizzate tramite agende dedicate).	Responsabile del Progetto IF gestionali della SOC Attività diagnostiche per immagini	Art. 7, comma 1, lettera d) del CCNL Comparto Sanità del 02/11/2022 Art. 33 Regolamento Asl Toscana Centro per la disciplina delle modalità organizzative dell'attività libero professionale intramuraria e per la disciplina dell'area a pagamento del personale medico e veterinario e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario	Nessuno																								
4	Rendicontazione e monitoraggio delle attività	Tutte le attività sono effettuate dagli operatori oltre il normale orario di lavoro contrattualmente dovuto e retribuite con specifiche valorizzazioni economiche. Ciascun operatore aderente al progetto controlla che, nell'applicativo Whr Time, le timbrature relative alla suddetta attività siano correttamente inserite, con particolare riferimento all'utilizzo della specifica causale. Tali timbrature sono poi verificate e validate o modificate dal Coordinatore del progetto. Quest'ultimo predispone anche il foglio di calcolo riepilogativo e lo invia all'IF "Monitoraggio rendicontazione e analisi dei flussi risorse umane".	Tecnico sanitario di radiologia medica Coordinatore del progetto IF "Monitoraggio rendicontazione e analisi dei flussi risorse umane"	Regolamento WHR Time	Nessuno																								
5	Controllo sulla conformità dei progetti	Almeno due volte l'anno, i Direttori delle SOS Attività diagnostiche per immagini, in collaborazione con l'IF "Monitoraggio rendicontazione e analisi dei flussi risorse umane", valutano il report riepilogativo di cui al punto precedente per individuare la necessità di eventuali modifiche ai progetti in essere oppure il loro annullamento o sospensione.	Direttore SOS Attività diagnostiche per immagini Firenze Direttore SOS Attività diagnostiche per immagini Empoli, Prato e Pistoia IF "Monitoraggio rendicontazione e analisi dei flussi risorse umane"	Nessuno	Nessuno																								
6	Verifica distribuzione monte ore progetto	Annualmente gli IF gestionali dei Presidi e il Coordinatore del progetto verificano che sia stata effettuata una distribuzione equilibrata delle ore in attività aggiuntiva svolte dagli operatori aderenti ai progetti.	IF gestionali SOC Attività diagnostiche per immagini Coordinatore del progetto	Nessuno	Esiste il rischio che venga riconosciuto un indebito vantaggio economico ad uno o più soggetti partecipanti al progetto; tale rischio è dovuto alla distribuzione delle ore di produttività aggiuntiva in relazione all'organizzazione su turni, malattie, permessi, ferie etc.	Manca di regole formalizzate per la gestione delle attività	Medio	Il rischio è stato valutato medio perché la probabilità di accadimento è media e l'impatto economico e reputazionale si può considerare basso	Definizione di una procedura per la gestione della produttività aggiuntiva che definisca, tra l'altro, modalità di verifica dell'equa distribuzione delle risorse destinate alla produttività aggiuntiva/ore di produttività aggiuntiva fra tutti i soggetti partecipanti al progetto				X			Definizione di una procedura per la gestione della produttività aggiuntiva che definisca, tra l'altro, modalità di verifica dell'equa distribuzione delle risorse destinate alla produttività aggiuntiva/ore di produttività aggiuntiva fra tutti i soggetti partecipanti al progetto (SI/NO)	SI	RESP	30/06/2024										

ALLEGATO 2 - TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA									
Codice	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	Scadenze e link		
							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 Art. 12, c. 1, 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 salvo eventuali proroghe di ANAC	Non applicabile	link
A.2.1		Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile	15gg dall'entrata in vigore	link
A.2.2				Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto previsto dalla legge o comunque adottato 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				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
A.2.4				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	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 (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	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	Scadenzario obblighi amministrativi	Scadenzario 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 (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	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	link
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
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)	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 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 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. Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica). 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	3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla cessazione dell'incarico.	link
D.1.1	Personale	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)	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 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	link
D.1.2			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	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		
D.1.5			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.2.1	Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 15, c. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 Art. 41, c 2 e 3, d.lgs. 33/2013	Incarichi di Direttore di Dipartimento, di Struttura Semplice e di Struttura Complessa (da pubblicare in tabelle)	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	link
D.2.2			Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Non applicabile	15gg dal conferimento dell'incarico		
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	Cadenza bimestrale	15gg dalla scadenza del bimestre	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

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA										
Codice	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	Scadenze e link			
							Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione	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 integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile	15gg dalla disponibilità del documento	link	
D.9.2			Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	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 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, le tracce delle prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori.	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 collegati alla performance 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	Dati relativi ai premi		Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	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	
F.5.2					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 controllati	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)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati o 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 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 incompatibilità 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	Per le dichiarazioni incompatibilità e incompatibilità: Tempestivo (art. 20, c.1-2, d.lgs. 39/2013) Per gli altri obblighi: 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	
G.2.1		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)	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) 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 incompatibilità 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	Per le dichiarazioni incompatibilità e incompatibilità: Tempestivo (art. 20, c.1-2, d.lgs. 39/2013) Per gli altri obblighi: 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	
G.2.2			Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013		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 dalla esecutività delibera	link	

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA											
Codice	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	Scadenze e link				
							Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione	Link		
G.2.3			Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti	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		
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)	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	Per le dichiarazioni inconfirmità e incompatibilità: Tempestivo (art. 20, c.1-2, d.lgs. 39/2013) Per gli altri obblighi: 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
							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 inconfirmità 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				
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			
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)	Per ciascuna tipologia di procedimento: 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, nonché 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, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale Per i procedimenti di istanza di parte: 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
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 (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Semestrale	15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla fine del semestre	link		
I.2.1					Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Semestrale	15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla fine del semestre
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 (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	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 Obbligo non più in vigore a seguito dell'approvazione del D.Lgs. 36/2023	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'aggiornamento dei dati	link		
L.1.2					Tabella riassuntiva 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) Obbligo non più in vigore a seguito dell'approvazione del D.Lgs. 36/2023	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 progettazione e 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 Art. 28 D.lgs. n.36/2023	Atti relativi alla progettazione e 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) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore fino al 31/12/2023.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dalla esecutività delibera	link		
L.2.2				Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2024.	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto	link		
L.2.3				Completamento opere incompiute	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incompiute nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle Infrastrutture e dei trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2024.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dalla esecutività delibera	link		
L.2.4				Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori. Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi. Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2024.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dalla esecutività delibera	link		
L.2.5				Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2024.	Tempestivo	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto	link		

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA									
Codice	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	Scadenze e link		
							Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione	Link
L.2.6			Art. 169 D.Lgs.n.36/2023 Del. ANAC n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dal 01/01/2024.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link
L.2.7			Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020.	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Elenco annuale 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 Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dal 01/01/2023.	Annuale	31/12 di ogni anno	15gg dall'adozione dell'atto	link
			Art. 23 e 28 D.Lgs. 36/2023 Del. ANAC n. 261/2023 Del. ANAC n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023	Collegamento alla BDNCP e ad altre piattaforme di approvvigionamento digitale	Link alla BDNCP Eventuale Link alle piattaforme di approvvigionamento digitale contenenti documenti relativi Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2024 e a procedure avviate entro il 31/12/2023 e non ancora concluse al 31/12/2023.	Tempestivo	Non applicabile	Tempestivo	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 D.Lgs. n.36/2023	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" Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate entro il 31/12/2023.	Tempestivo	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto	link
			Art. 40, c.3 e c.5, D.lgs. n. 36/2023 Allegato I.6 al d.lgs. 36/2023 Del. ANAC n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023	Dibattito pubblico	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 D. Lgs. 36/2023 e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato I.6) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 D. Lgs. 36/2023 e art. 7, co. 1 dell'allegato I.6) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato I.6 Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente per procedure avviate a partire dal 01/01/2024.	Tempestivo	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto	link
			Art. 82, d.lgs. 36/2023 Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Allegato II.7 Del. ANAC n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601/2023	Documenti di gara	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente per procedure avviate a partire dal 01/01/2024.	Tempestivo	Non applicabile	15 gg 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.Lgs. n.36/2023	Avvisi di preinformazione	SETTORI ORDINARI Avvisi di preinformazione per i settori ordinari di cui all'art. 70, co. 1, d.lgs. 50/2016 SETTORI SPECIALI Avvisi periodici indicativi per i settori speciali di cui all'art. 127, co. 2, d.lgs. 50/2016 Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate entro il 31/12/2023.	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.Lgs. n.36/2023	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre o atto equivalente Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate entro il 31/12/2023.	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	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) 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) 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) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate entro il 31/12/2023.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link
			Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023	Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato	Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro: 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto. Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate a partire dal 01/01/2023	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link
			Art. 48, c. 3, d.l. 77/2021 D.Lgs. n.36/2023	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 Europea Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2023 al 31/12/2023.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link
	Bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 28 D.Lgs. n. 36/2023	Commissione giudicatrice	Composizione della commissione giudicatrice, curricula dei suoi componenti.	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.Lgs. n.36/2023	Avvisi relativi all'esito della procedura	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 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 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) 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) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate fino al 31/12/2023.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link
			d.l. 76, art. 1, co. 2, lett. a) (applicabile temporaneamente) D.Lgs. n.36/2023	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) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2023 al 31/12/2023.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA									
Codice	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	Scadenze e link		
							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		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	d.l. 76, art. 1, co. 1, lett. b) (applicabile temporaneamente) D.Lgs. n.36/2023	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 Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2023 al 31/12/2023.	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.Lgs. n.36/2023	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). Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2023 al 31/12/2023.	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. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 D.Lgs. n.36/2023	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate entro il 31/12/2022.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link
			Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e PNC e nei contratti riservati	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati: 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) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2023.	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 D.Lgs. n.36/2023	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). Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate fino al 31/12/2023.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link
			D.l. 76/2020, art. 6 Art. 29, co. 1, d.lgs. 50/2016 Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023	Collegi consultivi tecnici	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2023.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link
			Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M 20 giugno 2023 Art. 1, co. 8, allegato II.3, d.lgs. 36/2023	Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici, nel PNRR e PNC e nei contratti riservati	1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla S.A./Ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti (art. 47, c. 3, d.l. 77/2021) 2) Certificazione di cui all'art. 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 della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore a partire dall'01/01/2023.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dalla disponibilità 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.Lgs. n.36/2023	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 commissioni di collaudo Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2023 al 31/12/2023.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link
			Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 28 D.Lgs. n. 36/2023	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). Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate fino al 31/12/2023.	Annuale (entro il 31 gennaio) con riferimento agli affidamenti dell'anno precedente	31/12 di ogni anno	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.Lgs. n.36/2023	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, in quanto compatibili , 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) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate dal 01/01/2023 al 31/12/2023.	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.Lgs. n.36/2023	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) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate fino al 31/12/2023.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link
			Art. 140 D.Lgs.n.36/2023 Comunicato del Presidente ANAC del 19 settembre 2023	Procedure in caso di somma urgenza e di protezione civile	Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato. Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente per procedure avviate a partire dal 01/01/2024.	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.Lgs. n.36/2023 Art. 193, D.lgs. n. 36/2023 Del. ANAC n. 264/2023 n. 264/2023 come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023	Affidamenti in house Finanza di progetto Procedura di affidamento	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) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente applicabile a procedure avviate fino al 31/12/2023.	Tempestivo	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link
		Il provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del Promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente per procedure avviate a partire dal 01/01/2024.	Tempestivo	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto	link			

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA									
Codice	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	Scadenze e link		
							Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione	Link
L.4.1		Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016 D.Lgs. n.36/2023	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Obbligo previsto per i soli enti gestiscono gli elenchi e per gli organismi di certificazione 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) Obbligo di pubblicazione su Amministrazione Trasparente in vigore fino al 31/12/2023.	Tempestivo	Non applicabile	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
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)	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 e 41 c. 6 d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo certificato	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	link	
O.1.1	Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	30/04 di ogni anno	15gg dalla disponibilità delle informazioni e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge	link
O.2.1		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 Art. 12, c.1 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 del documento di validazione e 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 Art. 12, c.1 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile	15gg dalla disponibilità del documento	link
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					Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Non applicabile	15gg dalla disponibilità del documento	link
Q.2.3					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	Servizi erogati	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)	Criteri 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 gg 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 20 gg dalla scadenza del bimestre	link
Q.6.1		Dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta	Art. 41 co. 6 d.lgs. 33/2013	Dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta	Dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta Link alla sezione Stato della salute e della sicurezza umana Link alla sezione Valutazione della performance delle Aziende sanitarie sul sito della Regione Toscana	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile	Entro 15 gg 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

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA															
Codice	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	Scadenze e link								
							Scadenza di legge per la produzione del dato, documento o informazione	Termine ultimo per la pubblicazione del dato, documento o informazione	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	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						
R.2.4					Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	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.3.1	Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	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					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. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile	15gg dalla disponibilità del dato	link
S.2.2											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
S.2.3	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali e relative analisi di impatto	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.1.1					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 igrotipi, 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.1.2							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.1.3									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.1.4					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			
T.1.5							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.1.6					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.1.7							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			
T.1.8	Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile	Non applicabile			link						
U.1.1			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile	15gg dalla disponibilità del dato e comunque non oltre 15gg dalla scadenza di legge	link							
U.1.2	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile	15gg dall'adozione dell'atto	link					
V.1.1			Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)	Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 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.1.1						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.1.2			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.1.3	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							
Z.1.4			Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Non applicabile	15gg dal provvedimento	link							
Z.1.5	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.1.6			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.2.1	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.2.2															

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

Codice	Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Descrizione dell'obbligo				Scadenze e link				
			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.2.2.1	Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 7 bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato": pubblicazione documentazione richiesta	Pubblicazione della documentazione rilasciata a seguito di richiesta di Accesso Civico Generalizzato, riportando, nel titolo dell'articolo, la data di arrivo e l'oggetto della richiesta	Non applicabile	Non applicabile	15gg dall'accoglimento della richiesta	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			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.dat.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Non applicabile	15gg dalla modifica delle informazioni	link		
Z.3.2			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			Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	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		
Z.3.4				(da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare 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			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 Artt. 55, 56 e 57 D.lgs. n. 117/2017 Art. 8-quinquies c.1 bis D.lgs 502/1992 e s.m.i.		Autovetture di servizio ai sensi del DPCM del 25/09/2014	Non applicabile	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	Risarcimento danni e Legge 8 marzo 2017 n. 24	Non applicabile	31/12 di ogni anno (vedi nota)	15gg dalla scadenza di legge	link
Z.4.3							Dati relativi ai rapporti di finanziamento tra imprese farmaceutiche e operatori e organizzazioni del SSN	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile	link
Z.4.4							Avvisi di manifestazione per Strutture sanitarie e socio sanitarie private accreditate Convenzioni Emergenza Covid 19 Accordi Specialistica Ambulatoriale e Medicina Fisica Accordi Case di Cura Accordi Cure Intermedie Accordi prestazioni di riabilitazione Accordi punti prelievi decentrati Accordi prestazioni cure termali Contratti Enti Ceart Accordi Hospice Accordi prestazioni Salute Mentale	Non applicabile	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto	link
Z.4.5					Avvisi di manifestazione di interesse per la co-programmazione e co-progettazione con Enti del terzo settore (art. 55 D.lgs. 117/2017)	Non applicabile	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto	link		
Z.4.6					Avvisi di manifestazione di interesse e relativi provvedimenti finali con Enti del terzo settore APS e ODV (art. 56 D.lgs. 117/2017)	Non applicabile	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto	link		
Z.4.7					Decreto Dirigenziale della Regione Toscana che approva l'elenco delle Organizzazioni di volontariato convenzionate per il servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza (art. 57 D.lgs. 117/2017)	Non applicabile	Non applicabile	15 gg dall'adozione dell'atto	link		
Z.4.8					Accesso documentale	Non applicabile	Tempestivo	Tempestivo	link		
Z.4.9					Donazioni liberali	Non applicabile	Tempestivo	Mensile	link		
Z.4.10					Payback sui dispositivi medici	Non applicabile	Tempestivo	Non applicabile	link		
Z.4.11					Concessione del Patrocinio aziendale	Non applicabile	Mensile	Non oltre 10 giorni dalla fine del mese precedente	link		

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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	Gianluca Nappo
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.2.2	Disposizioni generali	Atti generali	Atti amministrativi generali (Regolamenti)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
A.2.2	Disposizioni generali	Atti generali	Atti amministrativi generali (Atti di organizzazione)	Staff della Direzione Generale	Valeria Favata a.i.	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Responsabilità non assegnata
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.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	Arianna Tognini a.i.
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 a.i.	SOC Controlling	Valeria Zaccarelli
A.2.3	Disposizioni generali	Atti generali	Documenti di programmazione strategico-gestionale (Collegamento ad altre sezioni contenenti atti di programmazione contenenti 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	Gianluca Nappo
A.2.4	Disposizioni generali	Atti generali	Statuti e leggi regionali	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
A.2.5	Disposizioni generali	Atti generali	Codice disciplinare e codice di condotta (Codice disciplinare)	Staff della Direzione Generale	Valeria Favata a.i.	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	Gianluca Nappo
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	Gianluca Nappo
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	Valeria Favata a.i.	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Responsabilità non assegnata
B.1.3	Organizzazione	Articolazione degli uffici	Organigramma (Nome dei dirigenti responsabili)	Staff della Direzione Generale	Valeria Favata a.i.	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Responsabilità non assegnata
B.2.1	Organizzazione	Telefono e posta elettronica	Telefono e posta elettronica (Indirizzi PEC aziendali)	Staff della Direzione Generale	Valeria Favata a.i.	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Responsabilità non assegnata
B.2.1	Organizzazione	Telefono e posta elettronica	Telefono e posta elettronica (numeri telefonici URP)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS URP e Tutela	Leonardo Pasquini a.i.
B.2.1	Organizzazione	Telefono e posta elettronica	Telefono e posta elettronica (numeri telefonici principali presidi ospedalieri e territoriali)	In fase di definizione	In fase di definizione	In fase di definizione	In fase di definizione

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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
C.1.1	Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Consulenti e collaboratori (Inarichi 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 (Inarichi di docenza)	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Gestione complessiva delle variabili	Michele Clemente
C.1.1	Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Consulenti e collaboratori (Collegio sindacale)	Direzione Amministrativa	Valeria Favata	Direzione Amministrativa	Valeria Favata
C.1.1	Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Consulenti e collaboratori (CTP)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
C.1.1	Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Consulenti e collaboratori	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	Strutture del Dipartimento indicate nell'allegato C.1.1	Responsabili delle Strutture indicate nell'allegato C.1.1
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 Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	Arianna Tognini
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 inconferibilità)	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Valorizzazione del personale 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 Valorizzazione del personale 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 Valorizzazione del personale 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 Valorizzazione del personale 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 Valorizzazione del personale 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 (Dichiarazioni art. 15 del D.Lgs. 33/2013)	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOS Libera Professione	Francesca Fontanelli
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 inconferibilità Dirigenti PTA)	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	Arianna Tognini
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 Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	Arianna Tognini

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.2.4	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 Valorizzazione del personale 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 Valorizzazione del personale 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 Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	Arianna Tognini
D.3.1	Personale	Posizioni organizzative	Posizioni organizzative	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Valorizzazione del personale 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 Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	Arianna Tognini
D.9.1	Personale	Contrattazione integrativa	Contratti integrativi	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Valorizzazione del personale 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 Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
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 SOC Monitoraggio e programmazione performance clinico-assistenziale Firenze	Responsabilità non assegnata Donato Papini

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.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	Responsabilità non assegnata 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	Responsabilità non assegnata Donato Papini
F.4.1	Performance	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi (Collegati alla performance stanziati)	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Valorizzazione del personale 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
F.5.1	Performance	Dati relativi ai premi	Dati relativi ai premi (Criteri)	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	Arianna Tognini
F.5.2	Performance	Dati relativi ai premi	Dati relativi ai premi (Distribuzione)	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Valorizzazione del personale 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 Valorizzazione del personale e relazioni sindacali	Arianna Tognini
G.1.1	Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Enti pubblici vigilati	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Patrimonio	Luca Tani a.i.
G.2.1	Enti controllati	Società partecipate	Dati società partecipate	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Patrimonio	Luca Tani a.i.
G.2.2	Enti controllati	Società partecipate	Provvedimenti (In materia di costituzione, acquisto, etc.)	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Patrimonio	Luca Tani a.i.
G.2.3	Enti controllati	Società partecipate	Provvedimenti (Per fissare gli obiettivi di spesa)	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Patrimonio	Luca Tani a.i.
G.2.4	Enti controllati	Società partecipate	Provvedimenti (Per garantire gli obiettivi di spesa)	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Patrimonio	Luca Tani a.i.
G.3.1	Enti controllati	Enti di diritto privato controllati	Enti di diritto privato controllati	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Patrimonio	Luca Tani a.i.
G.4.1	Enti controllati	Rappresentazione grafica	Rappresentazione grafica	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Patrimonio	Luca Tani a.i.
H.1.1	Attività e Procedimenti	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
H.1.1	Attività e Procedimenti	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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 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
H.1.1	Attività e Procedimenti	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS URP e Tutela	Leonardo Pasquini a.i.
H.1.1	Attività e Procedimenti	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Recupero Crediti	Responsabilità non assegnata
H.1.1	Attività e Procedimenti	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità non assegnata
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 Gestione complessiva delle variabili	Ginevra Occhiolini Michele Clemente
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
H.1.1	Attività e Procedimenti	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento	Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	Valeria Favata a.i.	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP coinvolti
H.1.1	Attività e Procedimenti	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
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
I.1.1	Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Provvedimenti organi indirizzo politico	Staff della Direzione Generale	Valeria Favata a.i.	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Responsabilità non assegnata
I.2.1	Provvedimenti	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Staff della Direzione Generale	Valeria Favata a.i.	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Responsabilità non assegnata
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
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 Recupero Crediti	Responsabilità non assegnata
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	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità non assegnata
L.1.1	Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato tabellare)	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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 Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
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 complessiva delle variabili	Michele Clemente
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 Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	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.1.2	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.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
L.1.2	Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Informazioni sulle singole procedure (Dati in formato xml)	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	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 Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
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 Recupero Crediti	Responsabilità non assegnata
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 Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità non assegnata
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 complessiva delle variabili	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 Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	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 Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
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	Sergio Lami a.i.
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.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 Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.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 Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Gestione complessiva delle variabili	Michele Clemente
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 Servizio Sociale	Rossella Boldrini	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
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 Affari generali	Leonardo Pasquini
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	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
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 Recupero Crediti	Responsabilità 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	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Claudia Dami
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	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità non assegnata
L.2.2	Bandi di gara e contratti	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.2	Bandi di gara e contratti	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Pianificazione, investimenti e progetti speciali	Sergio Lami a.i.
L.2.2	Bandi di gara e contratti	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività	ESTAR	ESTAR	ESTAR	ESTAR
L.2.2	Bandi di gara e contratti	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.2	Bandi di gara e contratti	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Gestione complessiva delle variabili	Michele Clemente
L.2.2	Bandi di gara e contratti	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività	Dipartimento Servizio Sociale	Rossella Boldrini	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.2	Bandi di gara e contratti	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
L.2.2	Bandi di gara e contratti	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
L.2.2	Bandi di gara e contratti	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Recupero Crediti	Responsabilità non assegnata

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.2.2	Bandi di gara e contratti	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Claudia Dami
L.2.2	Bandi di gara e contratti	Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalla stazione appaltante ed enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità non assegnata
L.2.3	Bandi di gara e contratti	Completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.3	Bandi di gara e contratti	Completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Pianificazione, investimenti e progetti speciali	Sergio Lami a.i.
L.2.3	Bandi di gara e contratti	Completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse	ESTAR	ESTAR	ESTAR	ESTAR
L.2.3	Bandi di gara e contratti	Completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.3	Bandi di gara e contratti	Completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Gestione complessiva delle variabili	Michele Clemente
L.2.3	Bandi di gara e contratti	Completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse	Dipartimento Servizio Sociale	Rossella Boldrini	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.3	Bandi di gara e contratti	Completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
L.2.3	Bandi di gara e contratti	Completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
L.2.3	Bandi di gara e contratti	Completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Recupero Crediti	Responsabilità non assegnata
L.2.3	Bandi di gara e contratti	Completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Claudia Dami

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.2.3	Bandi di gara e contratti	Completamento opere incomplete	Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità non assegnata
L.2.4	Bandi di gara e contratti	Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori.	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.4	Bandi di gara e contratti	Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Pianificazione, investimenti e progetti speciali	Sergio Lami a.i.
L.2.4	Bandi di gara e contratti	Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori.	ESTAR	ESTAR	ESTAR	ESTAR
L.2.4	Bandi di gara e contratti	Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.4	Bandi di gara e contratti	Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori.	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Gestione complessiva delle variabili	Michele Clemente
L.2.4	Bandi di gara e contratti	Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Dipartimento Servizio Sociale	Rossella Boldrini	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.4	Bandi di gara e contratti	Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori.	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
L.2.4	Bandi di gara e contratti	Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
L.2.4	Bandi di gara e contratti	Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori.	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Recupero Crediti	Responsabilità non assegnata
L.2.4	Bandi di gara e contratti	Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Claudia Dami
L.2.4	Bandi di gara e contratti	Mancata redazione programma triennale lavori servizi e forniture	Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori.	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità non assegnata
L.2.5	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.2.5	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Pianificazione, investimenti e progetti speciali	Sergio Lami a.i.
L.2.5	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema	ESTAR	ESTAR	ESTAR	ESTAR
L.2.5	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.5	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Gestione complessiva delle variabili	Michele Clemente
L.2.5	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema	Dipartimento Servizio Sociale	Rossella Boldrini	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.5	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
L.2.5	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.2.5	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Recupero Crediti	Responsabilità non assegnata
L.2.5	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Claudia Dami
L.2.5	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara con sistemi di qualificazione	Gli atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità non assegnata
L.2.6	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.6	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Pianificazione, investimenti e progetti speciali	Sergio Lami a.i.
L.2.6	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	ESTAR	ESTAR	ESTAR	ESTAR
L.2.6	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.6	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Gestione complessiva delle variabili	Michele Clemente
L.2.6	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Dipartimento Servizio Sociale	Rossella Boldrini	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.2.6	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
L.2.6	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
L.2.6	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Recupero Crediti	Responsabilità non assegnata
L.2.6	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Claudia Dami
L.2.6	Bandi di gara e contratti	Procedure di gara regolamentate (SETTORI SPECIALI)	Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità non assegnata
L.2.7	Bandi di gara e contratti	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Elenco annuale 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	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.7	Bandi di gara e contratti	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Elenco annuale 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	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Pianificazione, investimenti e progetti speciali	Sergio Lami a.i.
L.2.7	Bandi di gara e contratti	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Elenco annuale 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	ESTAR	ESTAR	ESTAR	ESTAR
L.2.7	Bandi di gara e contratti	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Elenco annuale 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	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.7	Bandi di gara e contratti	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Elenco annuale 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	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Gestione complessiva delle variabili	Michele Clemente

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.2.7	Bandi di gara e contratti	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Elenco annuale 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	Dipartimento Servizio Sociale	Rossella Boldrini	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.2.7	Bandi di gara e contratti	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Elenco annuale 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	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
L.2.7	Bandi di gara e contratti	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Elenco annuale 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	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
L.2.7	Bandi di gara e contratti	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Elenco annuale 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	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Recupero Crediti	Responsabilità non assegnata
L.2.7	Bandi di gara e contratti	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Elenco annuale 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	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Comitato gestione sinistri e assicurazioni	Claudia Dami
L.2.7	Bandi di gara e contratti	Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	Elenco annuale 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	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità non assegnata
L.3.1	Bandi di gara e contratti	Atti relativi alle procedure per l'affidamento	Atti relativi alle procedure per l'affidamento	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	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 Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Gestione complessiva delle variabili	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 Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	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 Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
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	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
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 Recupero Crediti	Responsabilità non assegnata
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 Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità non assegnata
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

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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 Servizio Sociale	Rossella Boldrini	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	ESTAR	ESTAR	ESTAR	ESTAR
L.4.1	Bandi di gara e contratti	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.4.1	Bandi di gara e contratti	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.4.1	Bandi di gara e contratti	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.4.1	Bandi di gara e contratti	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
L.4.1	Bandi di gara e contratti	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità non assegnata
L.4.1	Bandi di gara e contratti	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
L.4.1	Bandi di gara e contratti	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Recupero Crediti	Responsabilità non assegnata
L.4.1	Bandi di gara e contratti	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Gestione complessiva delle variabili	Michele Clemente
L.4.1	Bandi di gara e contratti	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Dipartimento Servizio Sociale	Rossella Boldrini	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
L.4.1	Bandi di gara e contratti	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Dipartimento Risorse Umane	Arianna Tognini	SOC Gestione complessiva delle variabili	Michele Clemente
L.4.1	Bandi di gara e contratti	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	Elenchi ufficiali di operatori economici riconosciuti e certificazioni	ESTAR	ESTAR	ESTAR	ESTAR
M.1.1	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Criteri e modalità	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	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.1.1	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Criteri e modalità	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	SOC approvvigionamento prestazioni	Maria Antonietta Ciardetti

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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
M.2.1	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Atti di concessione (Tabella atti)	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	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 Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	SOC approvvigionamento prestazioni	Maria Antonietta Ciardetti
M.2.2	Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Atti di concessione (Tabella riassuntiva)	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	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 Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	SOC approvvigionamento prestazioni	Maria Antonietta Ciardetti
N.1.1	Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Bilancio preventivo (Integrale e sintetico)	Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	Valeria Favata a.i.	SOC Budget e monitoraggio costi	Responsabilità non assegnata
N.1.2	Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Bilancio preventivo (Dati entrate e spese)	Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	Valeria Favata a.i.	SOC Budget e monitoraggio costi	Responsabilità non assegnata
N.1.3	Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Bilancio consuntivo certificato (Integrale e sintetico)	Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	Valeria Favata a.i.	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 a.i.	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 a.i.	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	Luca Tani a.i.
O.2.1	Beni immobili e gestione patrimonio	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o affitto	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	SOC Patrimonio	Luca Tani a.i.
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)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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
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)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
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)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
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)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
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
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
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	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
Q.2.2	Servizi erogati	Class action	Class action (Sentenze)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
Q.2.3	Servizi erogati	Class action	Class action (Misure adottate)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
Q.3.1	Servizi erogati	Costi contabilizzati	Costi contabilizzati	Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	Valeria Favata a.i.	SOC Contabilità analitica	Sandro Signorini
Q.4.1	Servizi erogati	Liste di attesa	Liste di attesa (Criteri di formazione)	Direzione Sanitaria	Simona Dei	SOS Gestione privato accreditato e liste di attesa	Andrea Bassetti
Q.4.2	Servizi erogati	Liste di attesa	Liste di attesa (Tempi di attesa)	Direzione Sanitaria	Simona Dei	SOS Gestione privato accreditato e liste di attesa	Andrea Bassetti
Q.4.2	Servizi erogati	Liste di attesa	Liste di attesa (Tempi di attesa)	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	SOS CUP – Call Center	Antonio Guarracino a.i.
Q.4.2	Servizi erogati	Liste di attesa	Liste di attesa (Tempi di attesa)	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	SOC 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 Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	SOS CUP – Call Center	Antonio Guarracino 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 Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Recupero Crediti	Responsabilità non assegnata

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.6.1	Servizi erogati	Dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta	Dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Anticorruzione e Trasparenza	Gianluca Nappo
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 a.i.	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 a.i.	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 a.i.	SOC Fornitori	Romina Cardarelli Tozzi
R.2.3	Pagamenti dell'Amministrazione	Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti Numero delle imprese creditrici (Ammontare complessivo annuale dei debiti e Numero delle imprese creditrici)	Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	Valeria Favata a.i.	SOC Fornitori	Romina Cardarelli Tozzi
R.2.4	Pagamenti dell'Amministrazione	Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti Numero delle imprese creditrici (Ammontare complessivo trimestrale dei debiti e Numero delle imprese creditrici)	Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	Valeria Favata a.i.	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 a.i.	SOC Clienti	Fulvio Principe
S.1.1	Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP del Dipartimento
S.2.1	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	Sergio Lami a.i.
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 tempi e indicatori)	Dipartimento Area Tecnica	Sergio Lami	Area Manutenzione e gestione investimenti Empoli - Firenze - Pistoia - Prato	Luca Tani Francesco Napolitano Ermes Tesi Gianluca Gavazzi
S.2.3	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 Francesco Napolitano 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

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.1.2	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
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

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.1.7	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 e socio-sanitarie private accreditate (Elenco delle strutture accreditate)	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	SOS Procedure amministrative privato accreditato SOC approvvigionamento prestazioni	Biancarosa Volponi Maria Antonietta Ciardetti
U.1.1	Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (Elenco delle strutture accreditate)	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia	Annalisa Ghiribelli Cristina Maggini
U.1.2	Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (Accordi interscambi)	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	SOS Procedure amministrative privato accreditato SOC approvvigionamento prestazioni	Biancarosa Volponi Maria Antonietta Ciardetti
U.1.2	Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (Accordi interscambi)	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia	Annalisa Ghiribelli Cristina Maggini
V.1.1	Interventi straordinari e di emergenza	Interventi straordinari e di emergenza	Interventi straordinari e di emergenza	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	Tutte le Strutture del Dipartimento	Tutti i RESP coinvolti
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
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 Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Massimiliano Vrenna
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	SOS Sostenibilità ambientale	Responsabilità 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 a.i.	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

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')

Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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 Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	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	Dipartimento Servizio Sociale	Rossella Boldrini	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	Valeria Favata a.i.	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 Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza –	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Anticorruzione e Trasparenza	Gianluca Nappo
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	Gianluca Nappo
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	Gianluca Nappo
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	Gianluca Nappo
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	Gianluca Nappo
Z.1.6	Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Atti di accertamento delle violazioni	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOS Anticorruzione e Trasparenza	Gianluca Nappo
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	Gianluca Nappo
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
Z.2.2.1	Altri contenuti	Accesso civico	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori (pubblicazione documentazione richiesta)	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
Z.2.3	Altri contenuti	Accesso civico	Registro degli accessi	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
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	Valeria Favata a.i.	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Responsabilità non assegnata
Z.3.2	Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
Z.3.3	Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Obiettivi di accessibilità	Staff della Direzione Generale	Valeria Favata a.i.	SOC Organizzazione e progetti tecnologici	Responsabilità non assegnata
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

ALLEGATO 2 – TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA (RESPONSABILITA')


Indice degli obblighi				Responsabilità			
Codice	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.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	Sergio Lami a.i.
Z.4.2	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.4.3	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	Gianluca Nappo
Z.4.4	Altri contenuti	Dati ulteriori	Avvisi di manifestazione per Strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	SOS Procedure amministrative privato accreditato SOC approvvigionamento prestazioni	Biancarosa Volponi Maria Antonietta Ciardetti
Z.4.4	Altri contenuti	Dati ulteriori	Avvisi di manifestazione per Strutture sanitarie e socio sanitarie accreditate	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia	Annalisa Ghiribelli Cristina Maggini
Z.4.5	Altri contenuti	Dati ulteriori	Avvisi di manifestazione di interesse per la co-programmazione e co-progettazione con Enti del terzo settore (art. 55 D.Lgs. 117/2017)	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	SOS Servizi Amministrativi per territorio e sociale Firenze Empoli SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Prato e Pistoia	Annalisa Ghiribelli Cristina Maggini
Z.4.6	Altri contenuti	Dati ulteriori	Avvisi di manifestazione di interesse e relativi provvedimenti finali con Enti del terzo settore APS e ODV (art. 56 D.Lgs. 117/2017)	Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Rita Bonciani	SOC approvvigionamento prestazioni	Maria Antonietta Ciardetti
Z.4.7	Altri contenuti	Dati ulteriori	Trasporti sanitari di emergenza e urgenza (art. 57 D.Lgs. 117/2017)	Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Maria Teresa Asquino	SOS Esecuzione convenzioni privato accreditato	Antonio Guarracino
Z.4.8	Altri contenuti	Dati ulteriori	Accesso documentale	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
Z.4.9	Altri contenuti	Dati ulteriori	Donazioni liberali	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini
Z.4.10	Altri contenuti	Dati ulteriori	Payback sui dispositivi medici	Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	Valeria Favata a.i.	SOC Fornitori	Romina Cardarelli Tozzi
Z.4.11	Altri contenuti	Dati ulteriori	Patrocinio aziendale	Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	Leonardo Pasquini	SOC Affari generali	Leonardo Pasquini



PIAO 2024-2026
ALLEGATO 3 – PA.DA.03 PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL
RISCHIO CORRUZIONE

Rev. 30/01/24

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.

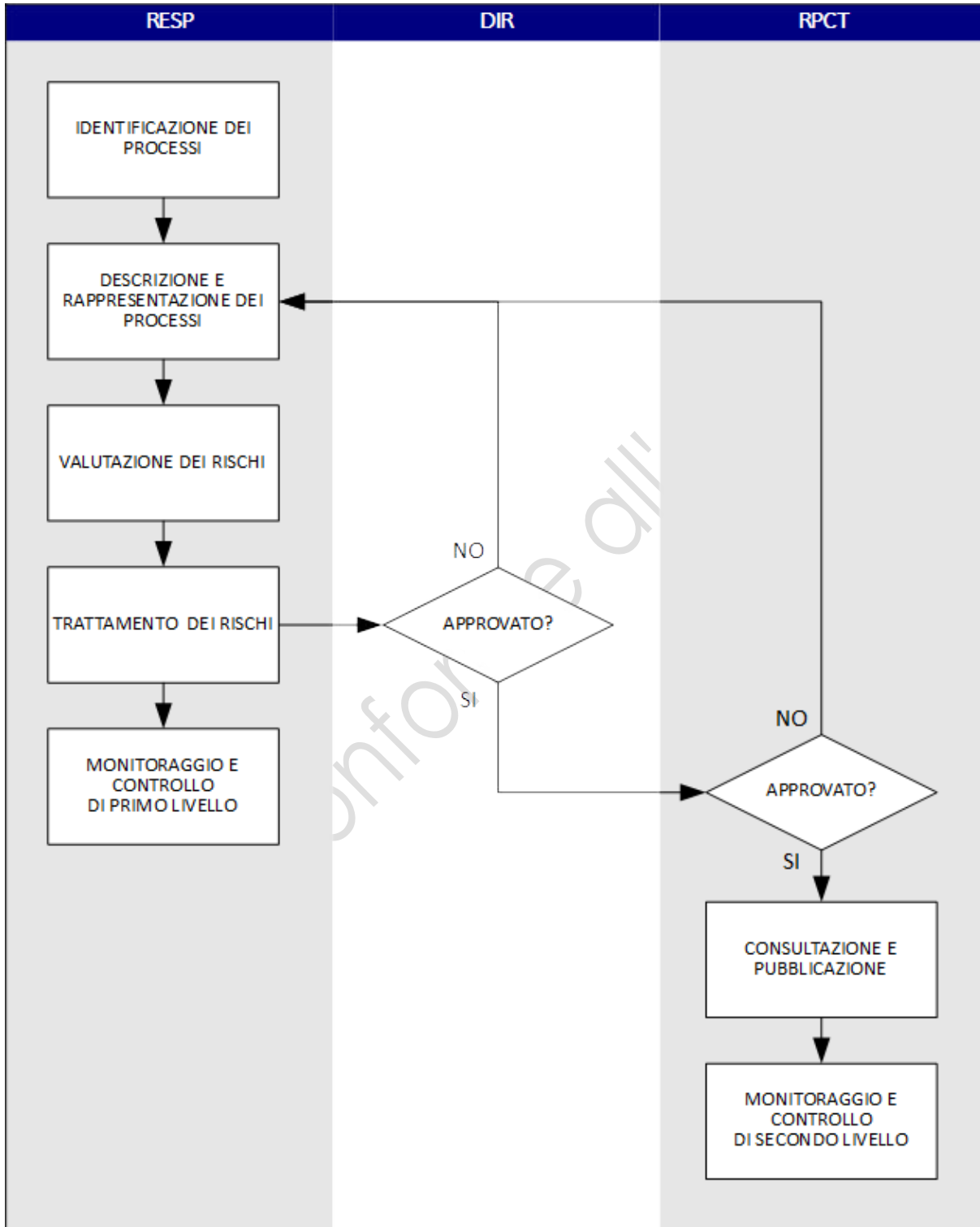
I **RESP** effettuano il costante monitoraggio e controllo di primo livello sull'attuazione delle misure di prevenzione specifiche di loro competenza, riferendo tempestivamente, con una nota al **RPCT**, sulle misure attuate, sulle non conformità riscontrate che non possono essere risolte in autonomia 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.

	SOC Affari Generali SOS Anticorruzione e trasparenza	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Procedura per la gestione del rischio corruzione	PA.DA.03	0	7 di 8

6 Diagramma di flusso



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

7 Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione

Il responsabile della diffusione della presente procedura è il **RPCT** che la trasmette a tutti i soggetti coinvolti attraverso la pubblicazione del **PTPCT/PIAO**.

I destinatari hanno il compito di diffonderlo ai collaboratori delle strutture afferenti il proprio ambito di competenza.

La procedura approvata viene pubblicata in copia conforme sul Repository aziendale, Area Riservata, sezione "Gestione documenti" dal quale è consentita la consultazione ed il download.

L'originale e le relative revisioni sono a disposizione presso la Segreteria della Struttura emittente.

8 Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio dell'applicazione della presente procedura è sotto la responsabilità del **RPCT**.

Nel caso in cui in corso di applicazione della presente procedura se ne rilevasse la necessità l'RPCT proporrà alla Direzione Aziendale le opportune azioni di miglioramento.

9 Strumenti / RegISTRAZIONI

Tutte le registrazioni sono archiviate nella cartella di lavoro condivisa della SOS Anticorruzione e Trasparenza.

10 Revisione

La revisione si effettua su motivazioni sostanziali, e comunque si consiglia ogni tre anni.

11 Allegati

- **Allegato I:** Elenco dei processi (fac simile del foglio excel);
- **Allegato II:** Descrizione e analisi del processo (fac simile del foglio excel).

12 Riferimenti

- Piano Nazionale Anticorruzione;
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza/Piano Integrato di Attività e Organizzazione

13 Indice delle revisioni

Revisione n°	Data emissione	Tipo modifica	Titolo
0	13/04/2022	PRIMA EMISSIONE	Procedura per la gestione del rischio corruzione

14 Lista di diffusione

- Direzione Generale
- Direzione Amministrativa
- Direzione Sanitaria
- Direzione dei Dipartimenti
- Direzioni di Area
- Direttori SOC, SOS, UFC, UFS afferenti a tutte le Aree e Direzioni

1 – ELENCO DEI PROCESSI			
1.1 – Dati generali della struttura			
		DIR:	
		Struttura del DIR:	
		RESP:	
		Struttura del RESP:	
		Data di aggiornamento:	
1.2 – Elenco dei processi			
N°	Nome processo	Area di rischio	Note
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

1 – DESCRIZIONE DEL PROCESSO				
1.1 – Dati generali				
Nome del processo:	Nome processo			
Area di rischio:				
Processi connessi:				
Codice:	XXX			
DIR:				
Struttura del DIR:				
RESP:				
Struttura del RESP:				
Data di aggiornamento:	01/01/2022			
1.2 – Descrizione				
Fornitori	Input	Processo	Output	Clients

4 – VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO

XXX - Nome processo - 01/01/2022

4.1 - Valutazione della probabilità		
A	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per mancanza di vincoli (leggi, regolamenti, procedure, etc.) a presidio delle decisioni/attività (eccessiva discrezionalità)	Alto
B	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per mancanza di controlli interni al processo sulle decisioni/attività (es. supervisione, controllo formale del dirigente, decisioni collegiali etc.)	Alto
C	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per assenza di trasparenza sostanziale o di un sistema di tracciamento delle decisioni/attività	Alto
D	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per la presenza di conflitti di interessi dei soggetti addetti alle decisioni/attività	Alto
E	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per la mancanza di formazione dei soggetti addetti alle decisioni/attività	Alto
F	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per la mancanza di rotazione dei soggetti addetti alle decisioni/attività negli ultimi cinque anni	Alto
G	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga per la pressione dovuta alla presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo	Alto
H	Probabilità che l'evento corruttivo avvenga sulla base di precedenti giudiziari e/o procedimenti disciplinari per fatti corruttivi che hanno coinvolto le decisioni/attività del processo negli ultimi cinque anni	Alto
I	Probabilità collegata ad altri indicatori specifici per il rischio individuato	Alto
L	Valore associato alla probabilità	Alto
4.2 – Valutazione dell'impatto		
M	Livello di impatto sull'amministrazione in termini di qualità e continuità dell'azione amministrativa, impatto economico, conseguenze legali, reputazione e credibilità istituzionale, etc.	Basso
N	Livello di impatto, economico e non, sugli stakeholders (cittadini, utenti, imprese, mercato, sistema Paese), a seguito del degrado del servizio reso a causa del verificarsi dell'evento di corruzione	Basso
O	Livello di impatto collegato ad altri indicatori specifici per il rischio individuato	Basso
P	Valore associato all'impatto	Basso
4.3 – Livello di esposizione al rischio		
Q	Livello di esposizione al rischio da riportare in corrispondenza del rischio	Medio


Tabella valutazione del rischio			
Alto	Medio	Alto	Alto
Medio	Medio	Medio	Alto
Basso	Basso	Medio	Medio
	Basso	Medio	Alto



PIAO 2024-2026
ALLEGATO 4 – PA.DA.04 PROCEDURA PER LA GESTIONE DEGLI
ADEMPIMENTI DI TRASPARENZA

Rev. 30/01/24

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 SGQ Direttore f.f. SOC Governance Clinico Assistenziale Mauro Romilio	Direttore Amministrativo Lorenzo Pescini

Gruppo di redazione

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

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

Parole chiave: 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.

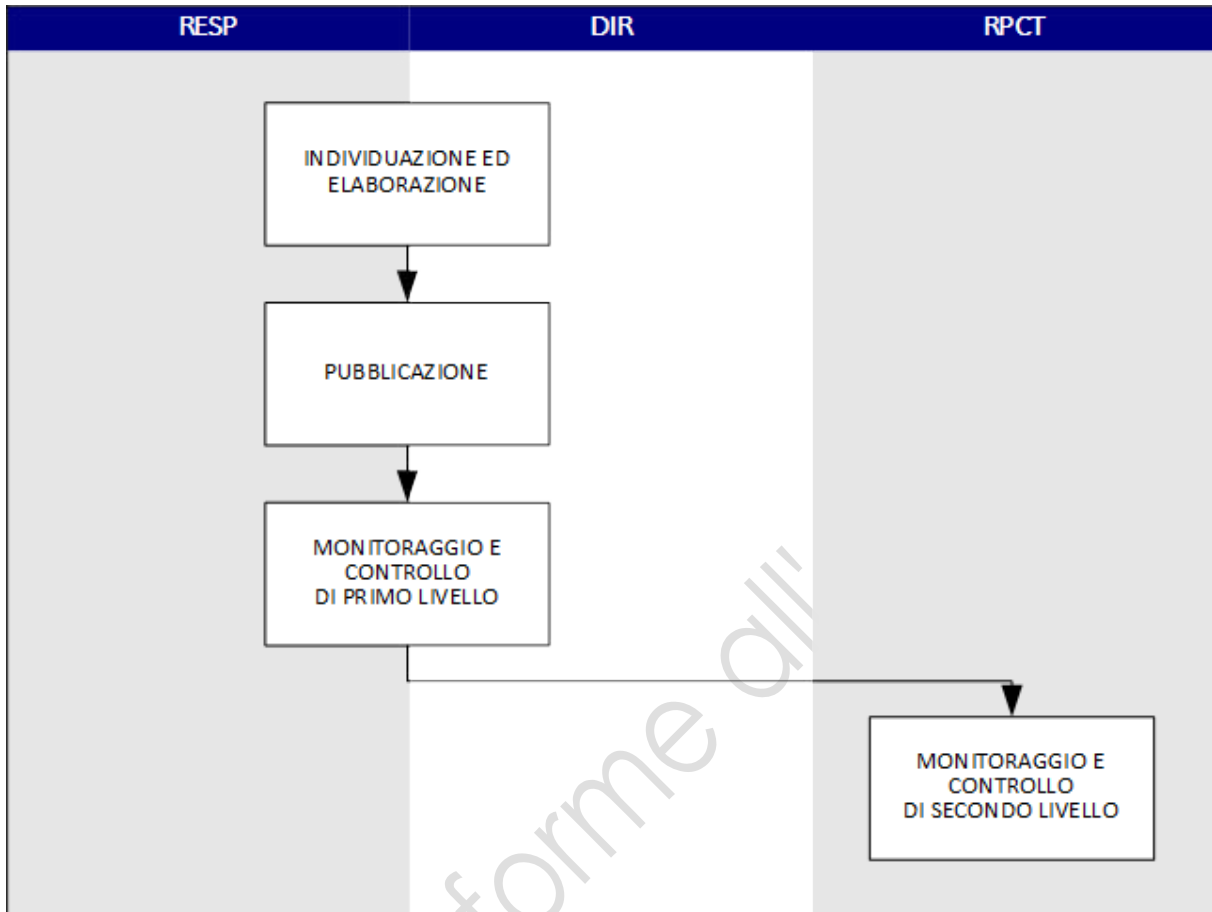
Il **RPCT**, con il supporto del **GDL** e dei **REF**, effettua il controllo a campione di secondo livello sulla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, acquisendo dai **DIR** documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" a supporto o tramite audit.

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



PIAO 2024-2026
ALLEGATO 5 – SCHEMA DI REGOLAMENTO SULLA INCONFERIBILITA'
E INCOMPATIBILITA' DI INCARICHI

Rev. 30/01/24

**ALLEGATO 5 – SCHEMA DI REGOLAMENTO
SULLA INCONFERIBILITA' E
INCOMPATIBILITA' 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 contempli anche una fase di contraddittorio con il titolare dell'incarico. Per l'istruttoria, il RPCT può avvalersi anche del supporto delle strutture competenti per acquisire tutti gli elementi necessari. L'attività istruttoria deve concludersi entro 30gg. In caso di particolare complessità del procedimento, il termine può essere prorogato di ulteriori 30gg.

11.3 All'esito dell'istruttoria il RPCT conclude il procedimento con l'archiviazione, in caso di riscontrata assenza delle cause di incompatibilità contestata, oppure con un atto di diffida ad esercitare l'opzione tra uno dei due incarichi ritenuti incompatibili e a comunicare la decisione al RPCT e alla Direzione Aziendale nel termine di 15 giorni (Art. 15, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

11.4 Qualora il dirigente destinatario della diffida di cui al comma 11.3 del presente regolamento non eserciti l'opzione, la Direzione Aziendale adotta un provvedimento dichiarativo della decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto, di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del RPCT, dell'insorgere della causa di incompatibilità. Restano ferme le disposizioni che prevedono il collocamento in aspettativa dei dipendenti in caso di incompatibilità. (Art. 19, comma 1, del D.Lgs. 39/2013).

Art. 12 – Vigilanza

12.1 Il RPCT segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del presente decreto all'ANAC, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 2015/2004, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative (Art. 15, comma 2, del D.Lgs. 39/2013).

Mod. 1	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER DS, DA, DSS	Pag. 1 di 3
---------------	---	-------------

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

in relazione all'incarico di¹:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore dei Servizi Sociali.

di non trovarsi in una delle situazioni di inconferibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, comma 1, D.Lgs. 39/2013)²;
- di non aver svolto, nei due anni precedenti, incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR (art. 5, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- di non essere stato, nei cinque anni precedenti, candidato alle elezioni europee, nazionali, regionali e locali in collegi elettorali che comprendano il territorio della AUSL Toscana Centro (art. 8, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- di non aver esercitato, nei due anni precedenti, la funzione di Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Vice-ministro, Sottosegretario nel Ministero della salute o di altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (art. 8, comma 2, D.Lgs. 39/2013);
- di non aver esercitato, nell'anno precedente, funzioni di parlamentare (art. 8, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- di non aver fatto parte, nei tre anni precedenti, della Giunta o del consiglio della Regione Toscana ovvero di non aver ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Regionale (art. 8, comma 4, D.Lgs. 39/2013);
- di non aver fatto parte, nei due anni precedenti, della giunta o del consiglio di una provincia o di un comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni, avente la medesima popolazione, il cui territorio è ricompreso nel territorio della AUSL Toscana Centro (art. 8, comma 5, D.Lgs. 39/2013).

dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

¹ Barrare la casella relativa alle dichiarazioni rese.

² La durata della inconferibilità è quella stabilita dall'art. 3, commi 2, 3, 5 e 6 del D.Lgs. 39/2013.

Mod. 1	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER DS, DA, DSS	Pag. 2 di 3
---------------	---	-------------

- la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale (art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- la situazione di inconferibilità non può essere sanata;
- gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e i relativi contratti sono nulli e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale (artt. 17 e 18, comma 5, D.Lgs. 39/2013);
- eventuali situazioni di inconferibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- ferma restando ogni altra responsabilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall’Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comportano la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di cinque anni (art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013);

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE 679/2016 allegata al presente modulo.

Data e luogo

Firma³

³Il presente modulo è stato firmato digitalmente

Mod. 1	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER DS, DA, DSS	Pag. 3 di 3
---------------	---	-------------

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell’articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) L’Azienda è il titolare del trattamento, rappresentata dal Direttore Generale, Dr. (tel. – email
- 2) Il Responsabile della protezione dei dati aziendale (RPD) è (tel. email
- 3) Il trattamento cui sono destinati i suoi dati personali è finalizzato al perfezionamento del procedimento di conferimento dell’incarico mediante acquisizione preliminare di una dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconferibilità, secondo quanto previsto dall’art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39.
- 4) Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la conclusione del procedimento di nomina. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.
- 5) Il titolare del trattamento non intende trasferire i suoi dati ad un paese terzo o ad un’organizzazione internazionale.
- 6) I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 7) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati dell’Azienda Usl Toscana Sud Est.
- 8) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell’Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).
- 9) Dal momento che la comunicazione dei dati personali costituisce un obbligo di legge ai sensi del citato D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39, la mancata comunicazione degli stessi comporta l’impossibilità di concludere il procedimento di conferimento dell’incarico.

Mod. 2	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI	Pag. 1 di 2
---------------	--	-------------

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

in relazione all'incarico dirigenziale: _____

di non trovarsi in una delle situazioni di inconferibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- di non essere stato condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, comma 1, D.Lgs. 39/2013)¹;
- nei due anni precedenti, di non aver svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato o finanziati dal settore o dall'ufficio relativi all'incarico dirigenziale in questione o di non aver svolto in proprio attività professionali regolate, finanziate o comunque retribuite dal settore o dall'ufficio relativi all'incarico dirigenziale in questione (Art. 4, comma 1, lettera c) del D.Lgs. 39/2013);

dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

- la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale (art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- la situazione di inconferibilità non può essere sanata;
- gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e i relativi contratti sono nulli e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale (artt. 17 e 18, comma 5, D.Lgs. 39/2013);
- eventuali situazioni di inconferibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- ferma restando ogni altra responsabilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall'Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comportano la inconferibilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di cinque anni (art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013);

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016 allegata al presente modulo.

Data e luogo

Firma²

¹ La durata della inconferibilità è quella stabilita dall'art. 3, commi 2, 3, 5 e 6 del D.Lgs. 39/2013.

²Il presente modulo è stato firmato digitalmente

Mod. 2	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI	Pag. 2 di 2
---------------	--	-------------

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) L'Azienda è il titolare del trattamento, rappresentata dal Direttore Generale, Dr. (tel. – email
- 2) Il Responsabile della protezione dei dati aziendale (RPD) è (tel. email
- 3) Il trattamento cui sono destinati i suoi dati personali è finalizzato al perfezionamento del procedimento di conferimento dell'incarico mediante acquisizione preliminare di una dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconferibilità, secondo quanto previsto dall'art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39.
- 4) Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la conclusione del procedimento di nomina. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.
- 5) Il titolare del trattamento non intende trasferire i suoi dati ad un paese terzo o ad un'organizzazione internazionale.
- 6) I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 7) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati dell'Azienda Usl Toscana Sud Est.
- 8) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).
- 9) Dal momento che la comunicazione dei dati personali costituisce un obbligo di legge ai sensi del citato D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39, la mancata comunicazione degli stessi comporta l'impossibilità di concludere il procedimento di conferimento dell'incarico.

Mod. 3	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER DS, DA, DSS	Pag. 1 di 3
---------------	---	-------------

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

in relazione all'incarico di¹:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore dei Servizi Sociali.

di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- di non avere incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal Servizio Sanitario Regionale (art. 10, comma 1, lettera a, D.Lgs. 39/2013)²;
- di non svolgere in proprio attività professionale regolata o finanziata dal Servizio Sanitario Regionale Toscano (art. 10, comma 1, lettera b, D.Lgs. 39/2013)³;
- di non avere la carica di Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400 (art. 14, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- di non essere amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale o di parlamentare (art. 14, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di componente della giunta o del consiglio della Regione Toscana ovvero la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolge funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del Servizio Sanitario Regionale (art. 14, comma 2, lettera a, D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni, avente la medesima popolazione, ricompresi nella Regione Toscana (art. 14, comma 2, lettera b, D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di presidente o amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione Toscana, nonché di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni, aventi la medesima popolazione, ricompresi nella Regione Toscana (art. 14, comma 2, lettera c, D.Lgs. 39/2013);

dichiara, inoltre, di essere consapevole che:

¹ Barrare la casella relativa alle dichiarazioni rese.

² L'incompatibilità sussiste altresì allorché gli incarichi e le cariche siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado (art. 10, comma 2, D.Lgs. 39/2013).

³ L'incompatibilità sussiste altresì allorché le attività professionali siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado (art. 10, comma 2, D.Lgs. 39/2013).

Mod. 3	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER DS, DA, DSS	Pag. 2 di 3
---------------	---	-------------

- la presente dichiarazione sarà pubblicata nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale (art. 20, comma 3, D.Lgs. 39/2013);
- la dichiarazione sulla insussistenza di cause di incompatibilità, di cui al D.Lgs. 39/2013, dovrà essere presentata dal sottoscritto al direttore della struttura che gestisce la procedura di conferimento dell’incarico entro il 31/12 di ogni anno nel corso dell’incarico, utilizzando il presente modulo (art. 20, comma 2, D.Lgs. 39/2013);
- se la situazione di incompatibilità dovesse emergere nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza contesterà la circostanza al sottoscritto e la causa dovrà essere rimossa entro 15 giorni. In caso contrario, la legge prevede la decadenza dall’incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19, comma 1, D.Lgs. 39/2013);
- eventuali situazioni di incompatibilità, sopravvenute successivamente alla presente dichiarazione, dovranno essere comunicate tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni del D.Lgs. 39/2013 e i relativi contratti sono nulli e che l'atto di accertamento della violazione è pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito aziendale (artt. 17 e 18, comma 5, D.Lgs. 39/2013);
- ferma restando ogni altra responsabilità, le dichiarazioni mendaci, accertate dall’Azienda, nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell’interessato, comportano la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al D.Lgs. 39/2013 per un periodo di cinque anni (art. 20, comma 5, D.Lgs. 39/2013);

Dichiara, inoltre, di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Reg. UE 679/2016 allegata al presente modulo.

Data e luogo

Firma⁴

⁴Il presente modulo è stato firmato digitalmente

Mod. 3	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER DS, DA, DSS	Pag. 3 di 3
---------------	---	-------------

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell’articolo 13 del Reg. UE/679/2016 la informiamo che i suoi dati personali, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

- 1) L’Azienda è il titolare del trattamento, rappresentata dal Direttore Generale, Dr. (tel. – email
- 2) Il Responsabile della protezione dei dati aziendale (RPD) è (tel. email
- 3) Il trattamento cui sono destinati i suoi dati personali è finalizzato all’acquisizione annuale di una dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità, secondo quanto previsto dall’art. 20 del D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39.
- 4) Il conferimento dei suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la conclusione del procedimento di nomina. I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge.
- 5) Il titolare del trattamento non intende trasferire i suoi dati ad un paese terzo o ad un’organizzazione internazionale.
- 6) I suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- 7) Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che la riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati dell’Azienda Usl Toscana Sud Est.
- 8) Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell’Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>).
- 9) Dal momento che la comunicazione dei dati personali costituisce un obbligo di legge ai sensi del citato D.Lgs. 8 aprile 2013 n° 39, la mancata comunicazione degli stessi comporta l’impossibilità di concludere il procedimento di conferimento dell’incarico.

Mod. 4	DICHIARAZIONE INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI INCOMPATIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI	Pag. 1 di 3
---------------	--	-------------

Il/la sottoscritto/a _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

in relazione all'incarico dirigenziale: _____

di non trovarsi in una delle situazioni di incompatibilità di cui al D.Lgs. 39/2013, ovvero:

- nel caso in cui l'incarico dirigenziale comporti poteri di vigilanza o controllo sulle attività svolte dagli enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda, di non avere incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dall'Azienda (art. 9, comma 1 del D.Lgs. 39/2013);
- di non svolgere in proprio un'attività professionale regolata, finanziata o comunque retribuita dall'Azienda (art. 9, comma 2 del D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 400/1988 o di parlamentare (art. 12, comma 2 del D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di componente della Giunta o del Consiglio della Regione Toscana (art. 12, comma 3, lettera a) e comma 4, lettera a) del D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della Regione Toscana (art. 12, comma 3, lettera b) e comma 4, lettera b) del D.Lgs. 39/2013);
- di non ricoprire la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della Regione Toscana, 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).

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 2024-2026
ALLEGATO 6 – LINEE GUIDA SULLA ROTAZIONE ORDINARIA E
STRAORDINARIA

Rev. 30/01/24

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 2024-2026
ALLEGATO 7 – ELENCO REFERENTI ANTICORRUZIONE E
TRASPARENZA

Rev. 30/01/24

ALLEGATO 7 – ELENCO REFERENTI
ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

DIPARTIMENTO/STAFF/STRUTTURA	REF ANTICORRUZIONE	REF TRASPARENZA
Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	Claudia Galanti Monica Mariotti	Claudia Galanti Monica Mariotti
Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	Milena Gambi	Milena Gambi
Dipartimento Area Tecnica	Roberta Giannetti	Roberta Giannetti
Dipartimento Risorse Umane	Sonnj Paccagnini	Sonnj Paccagnini
Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	Fiorina Scalise	Fiorina Scalise
Staff della Direzione Generale	Ilaria Perigli	Ilaria Perigli
Staff della Direzione sanitaria	Andrea Borgheresi Massimiliano Puccio	Andrea Borgheresi Massimiliano Puccio
SOC Affari Generali (Staff D.A.)	Margherita Petracchi	Margherita Petracchi
SOS URP	Margherita Petracchi	Margherita Petracchi
SOC Affari legali (Staff D.A.)	Elisabetta Fulignati	Massimiliano Vrenna
SOS Supporto amministrativo avvocatura e affari legali	Elisabetta Fulignati	Massimiliano Vrenna
SOC Comitato Gestione sinistri e assicurazioni (Staff D.A.)	Antonella Mannucci Lucia Borghini	Antonella Mannucci Lucia Borghini
SOC Recupero Crediti (Staff DA)	Lorella Parigi	Lorella Parigi
Dipartimento Servizio Sociale	Marisa D'Avino	Marisa D'Avino
Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica	Marco Alaimo	Marco Alaimo
Dipartimento del Farmaco	Lucia Bonistalli Mario Pittorru	Lucia Bonistalli Mario Pittorru
Dipartimento della Prevenzione	Francesca Serena	Francesca Serena
Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie	Riccardo Valencetti	Riccardo Valencetti
Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche	Marco Rettori Stefano Caruso	Marco Rettori Stefano Caruso
Dipartimento delle Specialistiche mediche	Mariastella Piccininni Aladino Mario Giovanni Biagioni Gesualdo Campolo	Mariastella Piccininni Aladino Mario Giovanni Biagioni Gesualdo Campolo
Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione	Ilaria Spaghetti	Ilaria Spaghetti
Dipartimento Medicina Multidimensionale	Barbara Cimolato Alessandro Mannoni	Barbara Cimolato Alessandro Mannoni
Dipartimento Diagnostica per Immagini	Tommasone Luigi Letizia Vannucchi	Tommasone Luigi Letizia Vannucchi
Dipartimento Emergenza e area critica	Simone Magazzini	Simone Magazzini
Dipartimento Materno Infantile	Rosalia Emidia Di Silvio	Rosalia Emidia Di Silvio
Dipartimento Medicina di Laboratorio	Lucia Migliaro Alessandra Celli	Lucia Migliaro Alessandra Celli
Dipartimento Oncologico	Francesca Martella Laura Biganzoli	Francesca Martella Laura Biganzoli
Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale	Alessandro Pecchioli Stefano Simoncini	Alessandro Pecchioli Stefano Simoncini
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	Antonella Manfredi	Antonella Manfredi
Rete Ospedaliera	Carla Giorgi	Carla Giorgi
SOC Modelli e standard dell'assistenza territoriale	Maria Mechi	Maria Mechi
SOS Continuità ospedale territorio e pianificazione post acuzie	Lorella Noferi	Lorella Noferi
SOS Gestione privato accreditato e liste di attesa	Andrea Borgheresi Massimiliano Puccio	Andrea Borgheresi Massimiliano Puccio
SOS Psicologia clinica	Alessio Bonari	Alessio Bonari
SOS Verifica della qualità delle prestazioni erogate	Felicia Zaccardi	Felicia Zaccardi
Dipartimento medicina generale	Elisabetta Alti	Elisabetta Alti



PIAO 2024-2026
ALLEGATO 8 – PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE
2024-2026

Rev. 30/01/24

ALLEGATO 8 – PIANO TRIENNALE DEI
FABBISOGNI DI PERSONALE 2024-2026

Azienda UsI Toscana Centro



*PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE
2024- 2026*

SOMMARIO

1.Introduzione	3
2. Inquadramento normativo contrattuale del Piano triennale dei fabbisogni	5
3. Consistenza e costi del personale al 31/12/2023	7
4. Cessazioni e assunzioni previste negli anni 2023, 2024 e 2025	8
5. Progetti di attività aggiuntiva	9
6. Specialistica ambulatoriale	11
7. Sintesi conclusiva	12

1 – Introduzione

Il presente documento è redatto secondo le indicazioni fornite 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 così come integrate dagli indirizzi per la predisposizione dei Piani Triennali di Fabbisogno di personale per il triennio 2024-2026 forniti dalla Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale della Regione Toscana con delibera n. 1425 del 4/12/2023.

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 11, comma 1 del Decreto legge 30/04/2019 n. 35, convertito in legge, con modificazioni dell’art. 1, comma 1 della legge 25 giugno 2019 n. 60 il limite di spesa per il personale delle aziende e degli Enti del SSR viene valutato a livello regionale con la conseguenza che la programmazione dei fabbisogni di personale a livello aziendale non può prescindere dal perseguire obiettivi trasversali a tutto il servizio sanitario regionale concorrendo agli obiettivi di equilibrio di bilancio e all’allineamento ai limiti specifici sulla spesa di personale.

Terminata la fase emergenziale il Piano, nel più ampio contesto regionale, si pone l’obiettivo di programmare il fabbisogno della forza lavoro dell’Azienda USL Toscana Centro per il triennio 2024-2026, alla luce della programmazione aziendale, dei principali trend che interessano il campo di azione sanitario in generale e della gestione delle fasi di rientro nella regolarità delle attività e servizi con conseguente riequilibrio e riorganizzazione delle risorse umane.

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 2023-2025 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.

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 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 determinare la capacità assunzionale a partire dalle risorse che derivano dalle cessazioni previste, stabilendo nell'ambito degli obiettivi assegnati, le priorità e i fabbisogni di assunzione.

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 così come modificata dal DL 198 del 29/12/2022 convertito con L 14 del 24/02/2023 e secondo le indicazioni contenute nella delibera di Giunta Regionale Toscana n. 1425 del 04.12.2023;
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. Esso rientra tra gli atti di programmazione strategica ed è inserito nel PIAO.

3 – Consistenza e costi del personale al 31/12/2023

L'anno 2023 si concluderà presumibilmente con un quadro del personale in servizio pari a 15.181 dipendenti a tempo indeterminato, 106 dipendenti a tempo determinato¹, 109 ad incarico libero professionale e 202 lavoratori in somministrazione.

L'analisi compiuta della voce consistenza del Personale deve tenere conto anche delle risorse impiegate per l'attivazione dei contratti di somministrazione lavoro e per gli eventuali contratti libero professionali volti a coprire i fabbisogni temporanei.

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 tramite personale in somministrazione per assicurare a tutti i dipendenti i diritti contrattuali legati al godimento delle ferie estive.

Il costo presunto del personale di competenza dell'anno 2023 è ricavabile dallo schema di piano allegato al presente documento a cui si rimanda per gli aspetti economici.

¹ ¹ Fonte: base unica al 30 novembre con previsionale; pertanto potrà subire variazioni

4 – Cessazioni e assunzioni previste negli anni 2024, 2025 e 2026

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 2024, 2025 e 2026 gli effetti economici delle cessazioni e delle assunzioni previste annualmente sono elencate nell'allegato, nel quale risultano evidenziati, per l'anno 2024, anche gli ingressi previsti a seguito delle procedure di stabilizzazione di cui al D.Lgs.75/2017 ss.mm.ii. e legge 234/2021 in programmazione. Con riferimento a queste procedure si precisa che le stesse potranno subire uno slittamento nell'anno successivo sulla base delle tempistiche necessarie per la conclusione dell'iter concorsuale.

Rimane inteso che gli strumenti di reclutamento atipici, volti a sopperire a carenze improvvise, eccezionali e non trascurabili, saranno utilizzati solamente nel caso e nella misura in cui queste ultime si verificheranno di nuovo negli anni oggetto di programmazione.

Relativamente alle situazioni di criticità legate agli andamenti stagionali prevedibili ma alle quali non si riesce a far fronte con lo strumento ordinario degli incarichi a tempo determinato, l'esigenza da evidenziare risulta quella di potenziare l'organico durante i mesi estivi di Giugno, Luglio, Agosto e Settembre per assicurare a tutti i dipendenti i diritti contrattuali legati al godimento delle ferie estive.

Un'ultima notazione concerne le assunzioni previste da obblighi di legge le quali vengono evidenziate nella tabella sottostante, nonostante che i relativi costi non debbano essere computati ai fini del calcolo del vincolo di cui all'art. 2, comma 71,

della Legge Finanziaria del 2010 e per le quali è previsto il seguente piano di assunzioni come da convenzioni sottoscritte con ARTI - Ufficio Collocamento Mirato - Regione Toscana

Legge 68/99	2023	2024	2025	2026	TOTALE
FIRENZE	44	44	44		132
PRATO	31	14	11		56
PISTOIA	17	16	10		43
PISA	1	2	2		5
TOTALE	93	76	67		236

5- Progetti di attività aggiuntiva

In relazione allo strumento delle prestazioni aggiuntive da parte della Dirigenza Sanitaria ex art. 115 c. 2 CCNL vigente e da parte del personale del comparto sanitario di supporto, si richiamano in primo luogo la Delibera di Giunta Regionale n. 604 del 06.05.2019, con la quale è stato approvato il Piano Regionale di Governo delle liste di attesa (PRGLA) 2019-2021, e la Delibera di Giunta Regionale n. 349 del 03.04.2023 “*Piano miglioramento Liste di attesa Interventi chirurgici e prestazioni ambulatoriali. Anno 2023*”.

In particolare quest’ultima, preso atto che, anche per effetto della riemersione della domanda al termine della fase più acuta dell’emergenza sanitaria derivante dalla

Pandemia da SARS COV2 e nonostante il recupero effettuato nel corso dell'anno 2022, permaneva un numero significativo di prestazioni, sia in regime di ricovero che ambulatoriale, non soddisfatte nei tempi massimi previsti dal PRGLA e quantificate le prestazioni ambulatoriali prescritte e non soddisfatte dal SSR e gli interventi chirurgici in lista di attesa, ha previsto la necessità di integrare l'offerta a livello regionale con 260 mila visite specialistiche, 390 mila prestazioni diagnostiche (diagnostica per immagini, diagnostica strumentale) e 18 mila interventi chirurgici programmati in ricovero.

La DGRT sopra citata ha dato indicazione ad ogni azienda sanitaria di predisporre un Piano aziendale volto a recepire quanto disposto e a dare evidenza della programmazione per il miglioramento dei tempi di attesa.

Questa Azienda ha prontamente elaborato il piano di recepimento delle disposizioni di cui ai punti precedenti puntando prioritariamente allo sfruttamento ottimale delle proprie risorse interne e a tal proposito si richiamano le Delibere n. 1526 del 22.12.2022 e n. 830 del 29.06.2023, con le quali è stata autorizzata per tutto l'anno 2023 attività aggiuntiva correlata agli specifici progetti di abbattimento liste di attesa, relativi sia alla chirurgia elettiva che alla produzione ambulatoriale, per le prestazioni oggetto di monitoraggio del PRGLA, con uno stanziamento per il personale dipendente di circa 6,6 Mln di euro.

Per l'anno 2024, visto il monitoraggio della produzione aziendale correlata alla casistica prevista dal sopra citato PRGLA 2019-2021 (periodo gennaio-ottobre 2023), dove si riscontra:

- per la produzione chirurgica elettiva un allineamento rispetto all'anno 2019, ma al tempo stesso si ritiene auspicabile, per un completo ritorno ai virtuosi livelli produttivi ante pandemia, verificare e revisionare i casi in lista di attesa, in quanto parte della casistica PRGLA presente in lista risulterebbe ancora oltre i tempi previsti;
- per la produzione ambulatoriale, un catchement index attestato sul 59,9% per le visite specialistiche prenotate nell'ambito territoriale dell'Area Vasta Centro, mentre

per la diagnostica attestato sul 58,9% e che pertanto, ricordato il target regionale, pari al 75%, viene ritenuto auspicabile incentivare, ove possibile, il potenziamento della produzione;

è emersa la necessità di autorizzare la continuazione dei progetti di attività aggiuntiva volti al progressivo raggiungimento del target regionale sopra richiamato.

Altresì si prevede di utilizzare lo strumento delle prestazioni aggiuntive nei casi in cui emerga la necessità di fronteggiare temporanee carenze di personale, soprattutto in quelle discipline (Medicina e Chirurgia Accettazione e d'Urgenza, 118, Ortopedia, Chirurgia, Pediatria, Medicina Trasfusionale, ecc.), dove, oramai da qualche anno, è oggettivamente più difficoltoso o comunque richiede tempi più lunghi il reclutamento di nuove risorse.

I progetti di attività aggiuntiva strettamente legati a temporanea carenza di personale e a seguito di assenze improvvise e non preventivabili, verranno rimodulati in seguito ad eventuale reintegro del personale mancante.

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 2023 è stato pari a € 23.350.000,00 (comprensivo dei 300.000,00 euro di produttività aggiuntiva di cui al punto precedente) al netto di IRAP e oneri riflessi, corrispondente a circa 278 teste equivalenti al 31.12.2023.

Per il triennio 2024-2026 l'Azienda si pone l'obiettivo di non incrementare le attività ed i relativi costi.

7 – Sintesi conclusiva

La programmazione per gli anni 2024, 2025 e 2026 si inquadra in una sostenibile e coerente rimodulazione delle esigenze legate alla garanzia del mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

Preme inoltre segnalare a tal riguardo che le assunzioni a tempo indeterminato dell'anno 2023 sono al lordo delle unità autorizzate dalla Regione e oggetto di “sterilizzazione” come teste e costi mentre, il previsionale per il 2024, è al netto di eventuali assunzioni sterilizzate. Il Piano relativamente agli anni 2024 e 2025 non tiene conto di possibili ulteriori incrementi di personale che potranno rendersi necessari per l'applicazione della riforma dei servizi territoriali (DM 77) e per l'attuazione del PNRR.

Si pone infine in evidenza che questa Azienda sta procedendo all'acquisizione, che si concluderà nel 2024, di risorse impiegate in funzioni previste da normativa regionale o nazionale e per attività riconducibili a processi decisionali strategici a valenza regionale (uno tra tutti a titolo esemplificativo l'apertura delle Centrale Numero Unico Regionale 112).

AREA	COSTI/RISPARMIO personale a tempo indeterminato (1)				TESTEpersonale a tempo indeterminato			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CESSIONI EFFETTIVE 2021	€ 9.691.946,74	€ 311.859,73	€ 8.275.282,71	€ 6.267.242,05	196	11	455	387
ASSUNZIONI EFFETTIVE 2021	€ 10.883.495,04	€ 187.670,87	€ 7.042.338,53	€ 8.522.184,96	339	6	361	576
CESSIONI EFFETTIVE 2022	€ 9.842.065,93	€ 169.976,71	€ 7.550.888,89	€ 4.964.429,56	230	5	409	317
ASSUNZIONI EFFETTIVE 2022	€ 5.507.870,00	€ 388.796,00	€ 8.231.329,60	€ 4.085.130,00	173	11	555	298
CONSISTENZA AL 31/12/2022	€ 293.517.518,00	€ 8.003.705,00	€ 368.070.852,00	€ 153.536.480,00	2.788	78	8.063	4.124
ASSUNZIONI 2023 (2)	€ 10.807.244,98	€ 249.419,17	€ 7.423.827,99	€ 5.331.567,61	242	12	400	292
di cui per STABILIZZAZIONI	€ 85.080,00	-	€ 2.374.546,00	€ 780.936,00	2		101	27
CESSIONI 2023 (2)	€ 8.349.624,89	€ 198.939,18	€ 6.709.389,79	€ 4.634.685,92	195	11	355	257
CESSIONI PREVISTE 2024	€ 7.200.000,00	€ 210.000,00	€ 6.400.000,00	€ 3.610.000,00	180	6	320	190
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2024	€ 6.500.000,00	€ 350.000,00	€ 5.800.000,00	€ 3.325.000,00	170	10	290	175
di cui per STABILIZZAZIONI	€ 560.000,00	€ -	€ 50.000,00	€ 752.000,00	28		2	47
CESSIONI PREVISTE 2025	€ 7.200.000,00	€ 210.000,00	€ 5.900.000,00	€ 3.420.000,00	180	6	295	180
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2025	€ 6.100.000,00	€ 175.000,00	€ 5.140.000,00	€ 2.983.000,00	157	5	257	157
CESSIONI PREVISTE 2026	€ 7.200.000,00	€ 210.000,00	€ 5.900.000,00	€ 3.420.000,00	180	6	295	180
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2026	€ 6.100.000,00	€ 175.000,00	€ 5.140.000,00	€ 2.983.000,00	157	5	257	157

AREA	COSTO/RISPARMIO personale a tempo determinato				TESTE equivalenti personale a tempo determinato (3)			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CESSIONI EFFETTIVE 2021	€ 1.143.100,51	€ 184.807,83	€ 2.109.065,80	€ 2.056.695,01	105	3	269	243
ASSUNZIONI EFFETTIVE 2021	€ 4.182.269,33	€ -	€ 8.124.238,57	€ 1.577.827,44	86		316	54
CESSIONI EFFETTIVE 2022	€ 1.980.568,82	€ 42.382,20	€ 4.364.491,70	€ 1.470.739,04	58	1	190	65
ASSUNZIONI EFFETTIVE 2022	€ 1.874.128,01	€ 116.631,08	€ 635.821,71	€ 200.040,21	45	4	17	1
CONSISTENZA 2022	€ 4.603.005,09	€ 284.810,75	€ 7.213.274,95	€ 2.864.289,32	60	3	168	88
ASSUNZIONI 2023 (2)	€ 2.961.679,51	€ 23.880,56	€ 912.451,91	€ 65.155,37	65	1	25	1
CESSIONI 2023 (2)	€ 3.297.732,17	€ 46.117,34	€ 2.931.521,07	€ 653.442,24	78	1	109	29
CESSIONI PREVISTE 2024	€ 680.000,00	-	€ 100.000,00	€ 760.000,00	17		5	40
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2024	€ 360.000,00	-	€ 160.000,00	€ 114.000,00	9		8	6
CESSIONI PREVISTE 2025	€ 80.000,00	-	€ 500.000,00	€ 190.000,00	20		25	10
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2025	€ 60.000,00	-	€ 500.000,00	€ 190.000,00	15		25	10
CESSIONI PREVISTE 2026	€ 80.000,00	-	€ 500.000,00	€ 190.000,00	20		25	10
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2026	€ 60.000,00	-	€ 500.000,00	€ 190.000,00	15		25	10

AREA	COSTO/RISPARMIO personale in somministrazione				TESTE equivalenti personale in somministrazione (3)			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CESSIONI EFFETTIVE 2021			€ 2.900.000,00	€ 4.984.000,00			107	178
ASSUNZIONI EFFETTIVE 2021			€ 2.436.000,00	€ 3.780.000,00			87	135
CESSIONI EFFETTIVE 2022			€ 2.100.000,00	€ 2.610.000,00			60	90
ASSUNZIONI EFFETTIVE 2022			€ 3.430.000,00	€ 4.350.000,00			98	155
CONSISTENZA 2022			€ 5.535.877,00	€ 5.714.206,00	-		96	160
INGRESSI 2023 (2)			€ 2.592.000,00	€ 2.649.600,00			54	69
CESSIONI 2023 (2)			€ 2.935.811,00	€ 2.117.082,00			105	78
CESSIONI PREVISTE 2024			€ 1.640.000,00	€ 1.320.000,00			70	75
INGRESSI PROGRAMMATI 2024			€ 1.632.000,00	€ 1.314.000,00			68	73
CESSIONI PREVISTE 2025	€ -	€ -	€ -	€ -				
INGRESSI PROGRAMMATI 2025	€ -	€ -	€ -	€ -				
CESSIONI PREVISTE 2026	€ -	€ -	€ -	€ -				
INGRESSI PROGRAMMATI 2026	€ -	€ -	€ -	€ -				

AREA	COSTO/RISPARMIO personale a incarico libero professionale				TESTE equivalenti personale con incarico libero professionale (3)			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CESSIONI EFFETTIVE 2021	€ 3.045.000,00				87			
ASSUNZIONI EFFETTIVE 2021	€ 4.760.000,00				136			
CESSIONI EFFETTIVE 2022	€ 2.800.000,00				80			
ASSUNZIONI EFFETTIVE 2022		€ 175.000,00				4		
CONSISTENZA 2022	€ 3.696.112,00	€ 303.369,00	€ 50.561,00		92	12	2	
INGRESSI 2023 (2)	€ 2.157.464,00	€ 100.552,00	€ 29.183,00		111	3	2	
CESSIONI 2023 (2)	€ 2.856.502,00	€ 107.000,00			86	3		
CESSIONI PREVISTE 2024	€ 3.123.000,00	€ 153.600,00	€ 22.000,00		95	4	1	
INGRESSI PROGRAMMATI 2024	€ 3.123.000,00	€ 153.600,00	€ 22.000,00		95	4	1	
CESSIONI PREVISTE 2025	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-
INGRESSI PROGRAMMATI 2025	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-
CESSIONI PREVISTE 2026	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-
INGRESSI PROGRAMMATI 2026	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-

AREA	COSTO/RISPARMIO personale comandato				TESTE equivalenti personale comandato (3)			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
IN USCITA EFFETTIVI 2021	€ 343.308,00		€ 191.539,00	€ 492.877,00	17		12	21
IN ENTRATA EFFETTIVI 2021	€ 114.815,00		€ 65.990,00	€ 230.930,00	20		8	16
IN USCITA EFFETTIVI 2022	€ 120.357,00		€ 264.741,00	€ 538.352,00	8		8	40
IN ENTRATA EFFETTIVI 2022			€ 45.456,00	€ 256.042,00			8	17
CONSISTENZA 2022	-€ 120.357,00	€ -	-€ 219.285,00	-€ 282.310,00	19	-	13	42
IN ENTRATA 2023 (2)	€ 860.198,00		€ 62.909,00	€ 66.767,00	25		2	2
IN USCITA 2023 (2)	€ 650.302,00	€ 137.765,00	€ 362.579,00	€ 311.731,00	23	3	12	11
IN USCITA PREVISTI 2024	€ -	€ -	€ -	€ -		-	-	-
IN ENTRATA PROGRAMMATI 2024	€ -	€ -	€ -	€ -		-	-	-
IN USCITA PREVISTI 2025	€ -	€ -	€ -	€ -		-	-	-
IN ENTRATA PROGRAMMATI 2025	€ -	€ -	€ -	€ -		-	-	-
IN USCITA PREVISTI 2026	€ -	€ -	€ -	€ -		-	-	-
IN ENTRATA PROGRAMMATI 2026	€ -	€ -	€ -	€ -		-	-	-

AREA	COSTO/RISPARMIO personale universitario				TESTE equivalenti personale universitario (3)			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CESSAZIONI EFFETTIVE 2021	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-
INGRESSI EFFETTIVI 2021	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-
CESSAZIONI EFFETTIVE 2022	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-
INGRESSI EFFETTIVI 2022	€ 12.832,55	€ -	€ -	€ -	1	-	-	-
CONSISTENZA 2022	€ 283.264,00		€ 63.733,00		5	-	5	-
INGRESSI 2023 (2)	€ 5.951,22				1			
CESSAZIONI 2023 (2)	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-
CESSAZIONI PREVISTE 2024	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-
INGRESSI PROGRAMMATI 2024	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-
CESSAZIONI PREVISTE 2025	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-
INGRESSI PROGRAMMATI 2025	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-
CESSAZIONI PREVISTE 2026	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-
INGRESSI PROGRAMMATI 2026	€ -	€ -	€ -	€ -	-	-	-	-

AREA	COSTI personale complessivo				COSTO TOTALE DIRIGENZA	COSTO TOTALE COMPARTO	COSTO TOTALE COMPLESSIVO
	DIRIGENZA		COMPARTO				
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO			
COSTO PREVISTO 2023	€ 303.617.918,74	€ 8.475.914,96	€ 378.796.083,99	€ 162.228.814,14	€ 312.093.833,70	€ 541.024.898,13	€ 853.118.731,83
COSTO PREVISTO 2024	€ 302.597.918,74	€ 8.615.914,96	€ 378.248.083,99	€ 161.291.814,14	€ 311.213.833,70	€ 539.539.898,13	€ 850.753.731,83
COSTO PREVISTO 2025	€ 301.477.918,74	€ 8.580.914,96	€ 377.488.083,99	€ 160.854.814,14	€ 310.058.833,70	€ 538.342.898,13	€ 848.401.731,83
COSTO PREVISTO 2026	€ 300.357.918,74	€ 8.545.914,96	€ 376.728.083,99	€ 160.417.814,14	€ 308.903.833,70	€ 537.145.898,13	€ 846.049.731,83

NOTE

(1) Il costo/risparmio è rilevato con riferimento all'intero anno in base alla data di ingresso o di uscita della risorsa

(2) comprendere le assunzioni e cessazioni già avvenute e quelle di prossima e attendibile realizzazione alla fine dell'anno

(3) per testa equivalente si intende la somma dei presenti alla fine di ciascun mese diviso 12