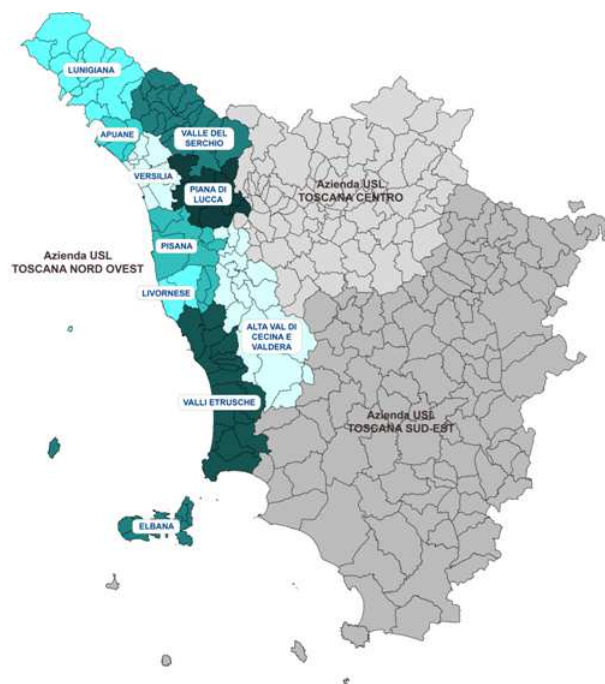




Azienda USL Toscana nord ovest

## Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

**ANNO 2022-2024**



10 giugno 2022

# INDICE

<b>SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>6</b>
<b>Valore pubblico.....</b>	<b>6</b>
<b>Performance.....</b>	<b>27</b>
<b>Rischi corruttivi e trasparenza .....</b>	<b>32</b>
<b>ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</b>	<b>51</b>
<b>Struttura organizzativa .....</b>	<b>51</b>
<b>Organizzazione del lavoro agile.....</b>	<b>53</b>
<b>Piano triennale dei fabbisogni di personale .....</b>	<b>54</b>
<b>Formazione del personale .....</b>	<b>57</b>
<b>MONITORAGGIO.....</b>	<b>58</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>58</b>

## Premessa

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021 n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni adottino entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Il Piano si pone l'obiettivo di assorbire in un unico documento molti degli atti di pianificazione cui è tenuta l'organizzazione. Il principio che guida la definizione del PIAO è ispirato alla volontà di superare la molteplicità, e conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa. Il PIAO rappresenta pertanto una sorta di "testo unico" della programmazione, nella **prospettiva di semplificazione e visione integrata** rispetto alle strategie da adottare. Il documento è finalizzato a promuovere la qualità e la trasparenza da parte dell'Azienda, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e attivare una progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della legge 190/2012. Il Piano, redatto di concerto con gli altri atti di programmazione economico-finanziaria, è un documento di pianificazione triennale con programmazione delle attività per l'anno 2022.

Nella pianificazione 2022-2024 è opportuno tenere conto del fatto che **l'emergenza Covid-19** ha reso ancora più evidente **il valore universale della salute e la sua natura di bene pubblico fondamentale**. La pandemia anche quest'anno ha avuto e continua ad avere un impatto molto forte sul Sistema Sanitario ed ha messo in luce l'opportunità di mettere in atto strategie nuove, con una prospettiva non solo di reagire alla sfida assistenziale aggiuntiva posta dal virus, ma anche di superare elementi di debolezza che erano già presenti prima dell'impatto pandemico. Si conferma quindi l'esigenza di intervenire con azioni di rafforzamento sia del sistema e in particolare, della **rete dell'assistenza territoriale e dell'integrazione ospedale-territorio**, dando impulso all'**innovazione digitale**, che riveste un ruolo cruciale e trasversale anche a livello nazionale negli indirizzi del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**. A maggior ragione per i prossimi anni saranno decisive le seguenti priorità per l'organizzazione:

1. Consolidare le strategie di prevenzione nell'ambito della sanità territoriale
2. Intervenire con azioni di rafforzamento del sistema, in particolare della rete dell'assistenza territoriale e integrazione ospedale-territorio
3. Lo sviluppo delle reti come sistema di equilibrio tra specializzazione e prossimità delle cure
4. Proseguire con le azioni per il governo dell'appropriatezza
5. Lo sviluppo della sanità digitale, secondo gli indirizzi del PNRR, potenziando i servizi ai cittadini, anche tramite la progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi
6. Il consolidamento della rete ospedaliera e nuove opere
7. Promuovere la qualità, la sicurezza e trasparenza dei percorsi assistenziali dell'organizzazione, sviluppando gli strumenti di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini e delle comunità
8. Lo sviluppo del capitale umano

A questo si aggiunge il proseguimento delle azioni messe in atto per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, con la declinazione delle linee strategiche aziendali rispetto alle indicazioni nazionali e regionali. In particolare, si fa riferimento al **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**, al **Programma Nazionale Esiti (PNE e ARS)** e al **Sistema di Valutazione della Performance regionale (MeS)**.

## SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

La Azienda USL Toscana Nord Ovest è stata costituita il 01/01/2016 dalla fusione delle 5 Asl della costa nord ovest della Toscana, ovvero quelle di Livorno, Pisa, Viareggio, Lucca e Massa e opera su un vasto territorio che conta una popolazione residente di 1.250.151 (pop. al 1 gennaio 2021, fonte ARS Toscana).



La **Mission** dell'Azienda è quella di tutelare, migliorare e promuovere la salute dei cittadini, in coerenza con le politiche regionali e gli atti di programmazione nazionale e regionale. Le funzioni fondamentali svolte da ASL Toscana Nord Ovest si articolano in 3 Livelli di Assistenza: **Prevenzione, Territoriale ed Ospedaliero**. Per rappresentare in modo schematico e sintetico la complessità dell'azienda, si riportano alcuni esempi significativi, relativi ai principali ambiti di attività: ogni giorno nell'Azienda USL Toscana nord ovest:

- *Si assistono negli ospedali **3.000 pazienti***
- *Si eseguono **300 Interventi chirurgici***
- *Nascono **20 bambini***
- *Si ricoverano **400 persone***
- *Si eseguono **esami radiografici a 2.000 persone***
- *Accedono al **Pronto Soccorso 1.500 persone***
- *Si eseguono **65.000 esami di laboratorio***
- *Si ricevono in **ambulatorio 6.000 persone***
- *Consumiamo beni sanitari per **1,5 milioni di euro***
- *Eroghiamo ausili (carrozine ecc..) per **27.000 euro***

Il territorio è organizzato in **10 zone distretto** (a seguito dell'unificazione avvenuta dal 2018 delle Zone Alta val di Cecina – Val d’Era e Bassa Val di Cecina – Val di Cornia).

popolazione per zone



Sul territorio aziendale sono presenti **25 Case della Salute**, così distribuite nelle varie zone:

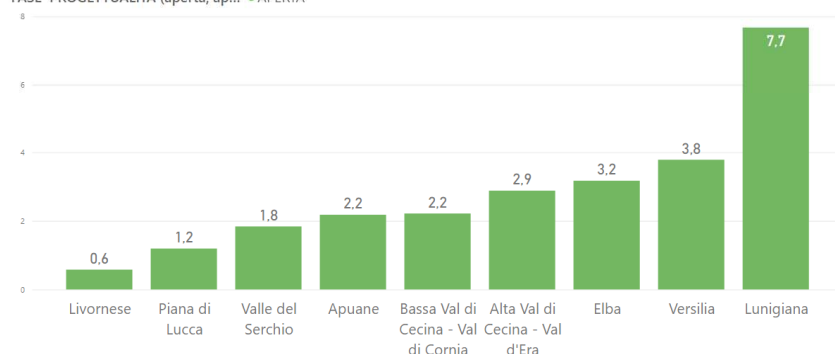
### DISTRIBUZIONE Case della Salute

Zona	CdS-num	popolazione al 1/1/2021	CdS per 100.000 ab.
Alta Val di Cecina - Val d'Era	4	138.846	2,88
Apuane	3	137.707	2,18
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	3	135.419	2,22
Elba	1	31.540	3,17
Livornese	1	172.804	0,58
Lunigiana	4	52.134	7,67
Piana di Lucca	2	167.631	1,19
Pisana		201.025	
Valle del Serchio	1	54.408	1,84
Versilia	6	158.637	3,78
<b>Totale</b>	<b>25</b>	<b>1.250.151</b>	<b>2,00</b>

Zona	CdS-num
<b>Versilia</b>	<b>6</b>
CdS TORRE DEL LAGO	1
CdS TABARRACCI	1
CdS SERAVEZZA	1
CdS QUERCETA	1
CdS PIETRASANTA	1
CdS FORTE DEI MARMI	1
<b>Valle del Serchio</b>	<b>1</b>
CdS PIAZZA AL SERCHIO	1
<b>Piana di Lucca</b>	<b>2</b>
CdS SAN LEONARDO IN TREPONZIO	1
CdS MARLIA	1
<b>Lunigiana</b>	<b>4</b>
CdS di VILLAFRANCA	1
CdS DI PONTREMOLI	1
CdS DI BAGNONE	1
CdS di AULLA	1
<b>Livornese</b>	<b>1</b>
CdS STAGNO	1
<b>Elba</b>	<b>1</b>
CdS RIO MARINA	1
<b>Bassa Val di Cecina - Val di Cornia</b>	<b>3</b>
CdS SAN VINCENZO	1
CdS GUARDISTALLO	1
CdS DONORATICO	1
<b>Apuane</b>	<b>3</b>
CdS MASSA	1
CdS CARRARA	1
CdS MONTIGNOSO	1
<b>Alta Val di Cecina - Val d'Era</b>	<b>4</b>
CdS VOLTERRA	1
CdS PONTEDERA	1
CdS POMARANCE CST VDC	1
CdS LA ROSA	1
<b>Totale</b>	<b>25</b>

CdS per 100.000 ab. per Zona

FASE PROGETTUALITA (aperta, ap... ● APERTA



Relativamente alla medicina generale, l’Azienda opera mediante 861 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.079.091 unità, e 132 pediatri.

Nell’Azienda USL Toscana nord ovest insistono **10 presidi ospedalieri** (13 stabilimenti) oltre a 9 strutture private accreditate. Sul territorio inoltre, nella zona Pisana, sono presenti l’Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP), la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM) e la clinica di S. Rossore, una casa di cura privata non convenzionata. Nella zona dell’Alta val di Cecina opera inoltre L’Auxilium Vitae, una azienda con rapporto in forma societaria S.P.A.

Di seguito sono rappresentati gli ospedali dell'azienda e le dotazioni dei posti letto, suddivisi tra ricovero ordinario e day hospital.

tipologia	P.L. ORD	P.L. DH	P.L. DS	tot ppll
<input type="checkbox"/> <b>PUBBLICO</b>	<b>2171</b>	<b>174</b>	<b>125</b>	<b>2470</b>
<input type="checkbox"/> <b>OSPEDALE LIVORNO</b>	<b>361</b>	<b>24</b>	<b>31</b>	<b>416</b>
OSPEDALE LIVORNO	361	24	31	416
<input type="checkbox"/> <b>OSPEDALE VERSILIA</b>	<b>358</b>	<b>40</b>	<b>13</b>	<b>411</b>
OSPEDALE VERSILIA	358	40	13	411
<input type="checkbox"/> <b>PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LUCA</b>	<b>315</b>	<b>37</b>	<b>18</b>	<b>370</b>
PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LUCA	315	37	18	370
<input type="checkbox"/> <b>PRESIDIO OSPEDALIERO APUANE</b>	<b>308</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	<b>348</b>
OSPEDALE APUANE	308	10	17	335
STABILIMENTO CARRARA	0	12	1	13
<input type="checkbox"/> <b>OSP. ZONA B.VAL DI CECINA VAL DI CORNIA</b>	<b>241</b>	<b>20</b>	<b>13</b>	<b>274</b>
OSPEDALE CIVILE DI CECINA	129	11	6	146
OSPEDALE DI VILLAMARINA	112	9	7	128
<input type="checkbox"/> <b>PRESIDIO OSPEDALIERO "FELICE LOTTI"</b>	<b>244</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>265</b>
P.O. F. LOTTI STABILIMENTO DI PONTEDERA	232	5	16	253
SPDC AZIENDALE ASL5	12	0	0	12
<input type="checkbox"/> <b>PRESIDIO OSPEDALIERO VALLE DEL SERCHIO</b>	<b>131</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>148</b>
STABILIMENTO OSPEDALIERO SAN FRANCESCO	77	4	1	82
STABILIMENTO OSPEDALIERO SANTA CROCE	54	8	4	66
<input type="checkbox"/> <b>PRESIDIO OSPEDALIERO LUNIGIANA</b>	<b>102</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>109</b>
OSP. S. ANTONIO ABATE FIVIZZANO (MS)	54	2	2	58
OSP. S.ANTONIO PONTREMOLI (MS)	48	1	2	51
<input type="checkbox"/> <b>OSPEDALE DI PORTOFERRAIO</b>	<b>60</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>70</b>
OSPEDALE PORTOFERRAIO	60	7	3	70
<input type="checkbox"/> <b>PRESIDIO OSPEDALIERO "S.MARIA MADDALENA"</b>	<b>51</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>59</b>
PRESIDIO OSP.SANTA MARIA MADDALENA	51	4	4	59
<input type="checkbox"/> <b>PRIVATO ACCREDITATO</b>	<b>341</b>	<b>45</b>	<b>75</b>	<b>461</b>
<input type="checkbox"/> <b>CASA DI CURA S.CAMILLO</b>	<b>70</b>	<b>31</b>	<b>38</b>	<b>139</b>
<input type="checkbox"/> <b>CASA DI CURA S.ZITA</b>	<b>56</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>66</b>
<input type="checkbox"/> <b>C. DI CURA M.D. BARBANTINI SANTA CHIARA</b>	<b>45</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>65</b>
<input type="checkbox"/> <b>CASA DI CURA PRIVATA DELLA MISERICORDIA</b>	<b>44</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>46</b>
<input type="checkbox"/> <b>CEN. S.MARIA ALLA PINETA F.DON GNOCCHI</b>	<b>45</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>45</b>
<input type="checkbox"/> <b>CASA DI CURA VILLE DI NOZZANO</b>	<b>37</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>40</b>
<input type="checkbox"/> <b>CASA DI CURA BARBANTINI</b>	<b>32</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>32</b>
<input type="checkbox"/> <b>CASA DI CURA VILLA TIRRENA</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>20</b>
<input type="checkbox"/> <b>CASA DI CURA SUORE DELL'ADDOLORATA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
<input type="checkbox"/> <b>MISTO PUBBLICO-PRIVATO</b>	<b>84</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>86</b>
<input type="checkbox"/> <b>AUXILIUM VITAE VOLTERRA SPA</b>	<b>84</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>86</b>
<b>Totale</b>	<b>2596</b>	<b>221</b>	<b>200</b>	<b>3017</b>

## Valore pubblico

La salute è una dimensione fondamentale alla base del benessere individuale e collettivo. Il valore di un Sistema Paese va di pari passo con l'efficacia del suo Sistema Sanitario e, anche dopo l'esperienza della pandemia, è ormai evidente la necessità di una sanità basata sul valore, in grado di mettere al centro i bisogni di assistenza delle persone.

La Costituzione all'art.32 recita: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

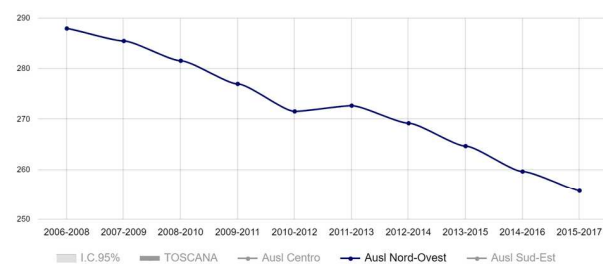
Il valore pubblico generato dall'organizzazione si traduce nella tutela, nel miglioramento continuo e nella promozione della salute dei cittadini, intesa come stato di benessere fisico, mentale e sociale.

Il territorio è caratterizzato in generale da un buon livello di salute della popolazione, con un progressivo incremento della longevità; del resto l'Italia è uno dei paesi con la più alta speranza di vita alla nascita. Il progressivo miglioramento dello stato di salute della popolazione, pur essendo il risultato di molteplici fattori, tra cui elementi di contesto socio economico e ambientale, è anche espressione del valore pubblico generato dal sistema sanitario. Nel corso dell'ultimo biennio tuttavia, il diffondersi della pandemia ha rappresentato e continua a costituire una minaccia importante per la salute, che ha colpito in modo violento specialmente gli anziani e le persone più fragili.

Di seguito si riporta l'andamento negli anni di alcuni indicatori rappresentativi dello stato di salute della popolazione con gli ultimi dati disponibili: la speranza di vita a la mortalità (fonte ARS Toscana). Purtroppo al momento attuale l'ultimo aggiornamento è relativo al biennio 2015-2017, pertanto non emerge da questi grafici l'impatto del covid.

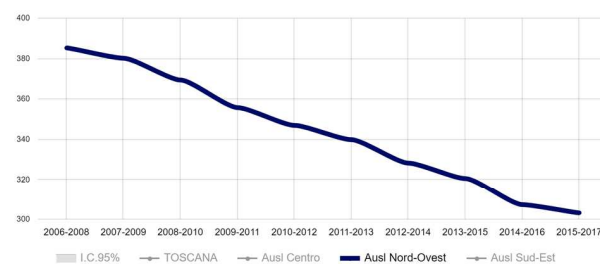
### Mortalità per tumori

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale  
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



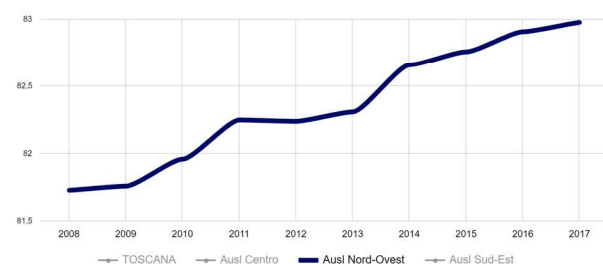
### Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale  
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



### Speranza di vita alla nascita

Speranza di vita - Totale  
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



### Speranza di vita a 65 anni

Speranza di vita - Totale  
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Con la consapevolezza della rilevanza della propria missione e con la grande responsabilità di utilizzare al meglio le risorse della collettività, che sta alla base del rapporto di fiducia con il cittadino, l'Azienda individua per il triennio le seguenti linee di indirizzo:

1. **Consolidare le strategie di prevenzione nell'ambito della sanità territoriale**
  - Sostenere il riorientamento del sistema della prevenzione e promozione della salute
2. **Intervenire con azioni di rafforzamento sia del sistema, in particolare della rete dell'assistenza territoriale e integrazione ospedale-territorio**
  - Sviluppare il nuovo modello dell'assistenza territoriale intorno alla Centrale Operativa Territoriale
  - Completare l'assetto e la funzionalità delle case della salute
  - Potenziare le cure intermedie
  - Estendere il modello dell'infermiere di famiglia e comunità
  - Estendere il nuovo modello di emergenza urgenza territoriale
3. **Lo sviluppo delle reti come sistema di equilibrio tra specializzazione e prossimità delle cure**
  - Strategie per lo sviluppo di modelli organizzativi flessibili, orientati anche alla valorizzazione delle aree interne e degli ospedali di prossimità
4. **Proseguire con le azioni per il governo dell'appropriatezza**
  - Governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche
  - Governo dell'appropriatezza farmaceutica e dispositivi
5. **Lo sviluppo della sanità digitale, secondo gli indirizzi del PNRR, potenziando i servizi ai cittadini, anche tramite la progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi**
  - Sviluppo della telemedicina
  - Promuovere e potenziare i Servizi al Cittadino
  - Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali
  - Procedure da semplificare
6. **Il consolidamento della rete ospedaliera e nuove opere**
  - Nuovo ospedale di Livorno
  - Presidio Cecina-Piombino: ridisegno della rete a seguito dell'unificazione e riqualificazione edilizia degli ospedali
  - Riqualificazione e sviluppo dell'Ospedale di Volterra
7. **Promuovere la qualità, la sicurezza e la trasparenza dei percorsi assistenziali e dell'organizzazione, sviluppando anche strumenti di partecipazione dei cittadini e delle comunità**
  - Garantire la trasparenza dei percorsi e la tutela dei pazienti e favorire la partecipazione dei cittadini e delle Comunità
  - Governare i requisiti e gli standard di qualità
  - Gestire il rischio clinico e governare gli standard inerenti la sicurezza dei pazienti e degli operatori nei percorsi assistenziali
  - Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza dell'organizzazione
8. **Lo sviluppo del capitale umano**
  - Nuove competenze, formazione
  - Modelli innovativi di organizzazione del lavoro
  - Pari opportunità ed equilibrio di genere
  - Promuovere la salute, la sicurezza ed il benessere del personale

Tali indirizzi sono ripresi e maggiormente dettagliati di seguito.



## 1. Consolidare le strategie di prevenzione nell'ambito della sanità territoriale

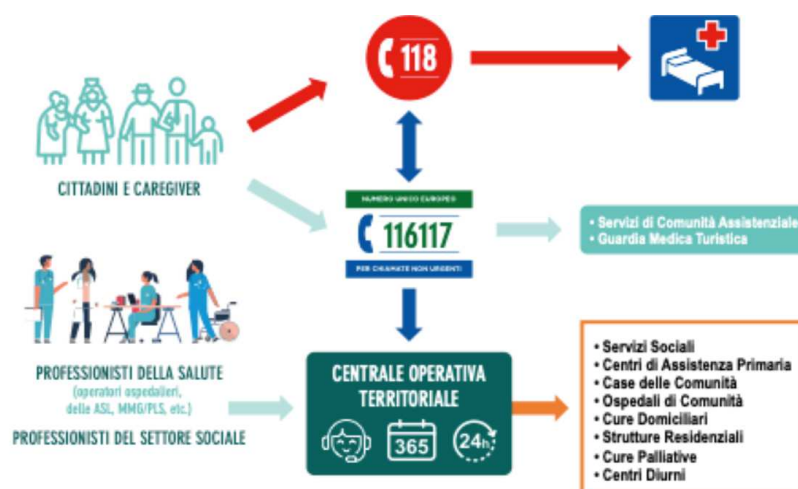
### ➤ Sostenere il riorientamento del sistema della prevenzione e promozione della salute

Al fine di favorire strategie tese alla prevenzione e promozione della salute, è fondamentale strutturare il sistema della prevenzione in un'ottica di rete sempre più integrata con gli altri servizi. Tale organizzazione ha bisogno di un maggiore raccordo con le Zone Distretto / SdS / la medicina generale/ la rete ospedaliera etc., diventato ancora più marcato durante l'emergenza sanitaria. Occorre pertanto favorire l'integrazione, in una logica che sappia superare le frammentazioni tra i vari livelli organizzativi ed assicuri multidisciplinarietà ed intersettorialità, per perseguire gli obiettivi di salute. I principali obiettivi sono legati al rispetto degli indirizzi regionali, in particolare relativi ai seguenti ambiti: screening oncologici, coperture vaccinali e promozione dei corretti stili di vita.

## 2. Intervenire con azioni di rafforzamento sia del sistema, in particolare della rete dell'assistenza territoriale e integrazione ospedale-territorio

### ➤ Sviluppare il nuovo modello dell'assistenza territoriale intorno alla Centrale Operativa Territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT), come previsto nel DM 71, che definisce gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, è uno strumento organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.



Ad oggi a livello aziendale è presente in tutte le zone l'ACOT (Agenzia di continuità ospedale territorio), che coordina la presa in carico del paziente che ha bisogno delle cure intermedie, ossia un setting territoriale destinato a chi è in situazione di malattia, non tanto grave da avere necessità di essere ricoverato in ospedale e ancora non è sufficientemente stabilizzato per vivere al proprio domicilio. La COT può essere rappresentata come una evoluzione dell'ACOT.

E' in corso di definizione il disegno complessivo del modello di funzionamento della centrale e l'analisi della necessità delle infrastrutture tecnologiche, in coerenza con gli indirizzi regionali. Sono stati definiti a questo proposito gli interventi nelle singole zone distretto nell'ambito del PNRR, per avere le COT attive entro il 2024.

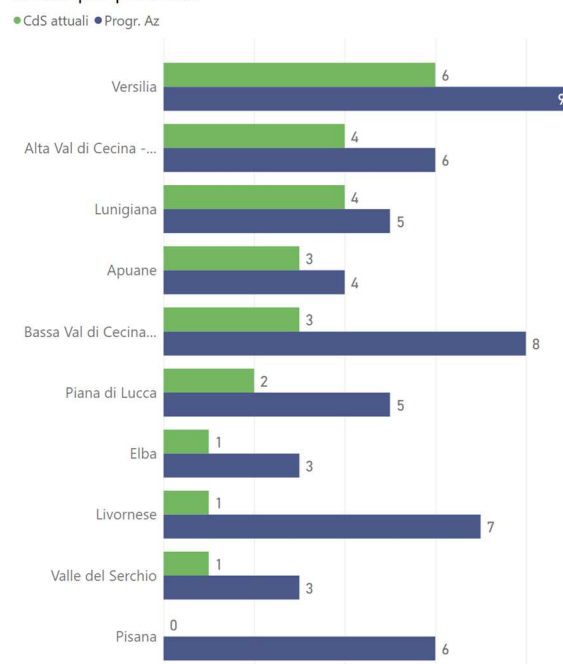
➤ **Completare l'assetto e la funzionalità delle case della comunità (CdC)**

La CdC è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella CdC lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Sul territorio aziendale sono presenti 25 Case della salute attualmente aperte, si prevede di arrivare a 56 strutture: Il PNRR infatti finanzia 25 interventi, di cui 8 su strutture già esistenti (ampliamenti, ristrutturazioni/cambiamento sede) e 17 su nuove strutture in programmazione. A questi si aggiungono 14 nuove Case della comunità programmate con altre fonti di finanziamento (art.20 etc...). Tali strutture dovranno diventare "case della comunità", con una forte spinta all'integrazione socio sanitaria, e rispondere a precisi standard funzionali indicati nel DM 71.

Zona	CdS attuali	Progr AZ
Versilia	6	9
Alta Val di Cecina - Val d'Era	4	6
Lunigiana	4	5
Apuane	3	4
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	3	8
Piana di Lucca	2	5
Elba	1	3
Livornese	1	7
Valle del Serchio	1	3
Pisana	0	6
<b>Totale</b>	<b>25</b>	<b>56</b>

N CdS per per Zona



➤ **Potenziare le cure intermedie**

Un'ulteriore misura prevista anche nel PNRR è quella dello sviluppo delle cure intermedie. Le cure intermedie sono un setting di posti letto territoriali destinati al paziente che è in situazione di malattia, non tanto grave da avere necessità di essere ricoverato in ospedale e ancora non è sufficientemente stabilizzato per vivere al proprio domicilio. Sul territorio sono presenti 378 posti letto di cure **intermedie**, per un tasso di circa 0,30 per 1000 ab. Si consideri che per far fronte all'emergenza covid, sono stati aumentati i posti letto nelle strutture già esistenti e ne sono stati realizzati nuovi, anche tramite importanti investimenti nel recupero dei vecchi ospedali che non erano più utilizzati, come ad esempio il vecchio ospedale di Massa o di Lucca. La tabella di seguito mostra il numero di posti letto di cure intermedie attivi in azienda al 15 marzo 2022.

POSTI LETTO cure intermedie setting 1 e 2 (attivi al 15 marzo 2022)					
STRUTTURA UBICAZIONE	Zona	posti letto attivati	SETTING	COVID	
Fondazione Don Gnocchi	Apuane	12	1		
Fondazione Don Gnocchi		8	2		
Ex Ospedale SS. Giacomo e Cristoforo		26	1	si	26
Ex Ospedale SS. Giacomo e Cristoforo		20	2	si	20
Monoblocco Carrara		20	1		
Fondazione Don Gnocchi	Lunigiana	16	1		
ex Ospedale Campo di Marte	Piana di Lucca	28	2	si	28
ex Ospedale Campo di Marte padiglione C		18	1		
ex Ospedale Campo di Marte padiglione O		18	2	si	12
Casa di cura Barbantini		10	1		
Casa di cura S. Zita		8	1		
Misericordia Navavacchio	Pisana	24	1		
Misericordia Navavacchio		20	1		
Cure intermedie di Bientina	Valdera-AVC	40	2	si	40
Ospedale di Volterra		20	2		
Casa di cura Villa Tirrena	Livornese	34	1		
Ospedale di comunità (Ospedale Cecina)	Valli Etrusche	8	2		
Ospedale di comunità (Ospedale Piombino)		15	2		
Ospedale Portoferraio	Elba	8	2		
Casa di cura Barbantini	Versilia	18	1		
Casa di cura San Camillo		8	1		
<b>Totale</b>		<b>379</b>			<b>126</b>

L'obiettivo regionale è quello di tendere a 0,4 ppl per 1000 abitanti, e a questo proposito il PNRR finanzia anche 8 interventi per attivare **ospedali di comunità**, che l'azienda ha previsto di attivare nelle seguenti sedi.

zone	Comune	Ubicazione	pl realizzati con fondi PNRR
Apuane	Massa	Nuova strut tra	20
Piana di Lucca	Lucca	Campo di Marte padiglione C	20
Valle del Serchio	Barga	Ospedale	20
Livornese	Livorno	Distret b Fiorent na	20
Livornese	Livorno	Padiglione 5	20
Valli Etrusche	Rosignano	Incrementare un piano Rosignano	20
Versilia	Viareggio	Tabarracci	40

➤ **Estendere il modello dell'infermiere di famiglia e comunità**

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti, ponendo al centro la persona.

La copertura sul territorio, misurata mediante la percentuale di popolazione che può fare riferimento all'IFeC, è del 36,4% e l'obiettivo è quello di estendere progressivamente.

Zona	Ambito	DATA INIZIO	n. IFeC attivi	ABITANTI
LUNIGIANA	FIVIZZANO, CASOLA, FOSDINOVO	22/11/21	5	13222
APUANE	MONTIGNOSO	25/10/21	3	10245
VERSILIA	VIAREGGIO 1	15/11/21	9	26717
	VIAREGGIO Tabaracci	23/12/21	2	33000
PIANA DI LUCCA	CAPANNORI E FRANCIGENA	01/10/20	16	76629
	LUCCA E PESCAGLIA	15/12/21	17	93614
VALLE DEL SERCHIO	PIAZZA AL SERCHIO, MINUCCIANO, SILLANO, GIUNCUGNANO	13/12/21	3	9432
	SAN ROMANO GARFAGNANA CAMPORGIANO			
VALDERA ALTA VAL DI CECINA	PONSACCO E BIENTINA	21/12/21	11	68051
PISANA	MARINA DI PISA	25/10/21	5	17357
	PISA CITTA'	20/01/22		
LIVORNESE	CENTRO	30/08/21	6	29408
	CAPRAIA ISOLA	30/08/21	1	398
	COLLESALVETTI	16/09/21	6	16725
VALLI ETRUSCHE	GUARDISTALLO	20/12/21	9	24672
	CAMPIGLIA, SUVERETO, SAN VINCENZO, MONTEVERDI, SASSETTA			
ELBA	PORTOAZZURRO, CAPOLIVERI, RIO E RIO MARINA,	20/12/22	4	18432
	MARCIANA, MARCIANA MARINA, CAMPO NELL'ELBA, MARINA DI CAMPO		4	
Totale			101	437902
<b>% copertura territorio</b>				<b>36,4%</b>

➤ **Estendere il nuovo modello di emergenza urgenza territoriale**

La Toscana dispone di una rete di emergenza territoriale il cui dimensionamento non ha eguali in Italia, che garantisce una rete di assistenza di tutto rilievo. Questa rete si è sviluppata anche grazie alla partecipazione attiva del volontariato, con la sua capillare diffusione sul territorio regionale ed all'impegno dei professionisti sanitari dei vari Sistemi 118. La rete, comunque, oggi presenta differenze organizzative nei vari territori, che di fatto non garantiscono una equità di trattamento e di accesso alle prestazioni per i cittadini.

Nel corso degli anni sono notevolmente cambiate le competenze professionali degli infermieri e le possibilità di intervento dei soccorritori afferenti alle Associazioni di Volontariato/CRI che, unitamente all'evoluzione tecnologica, mettono a disposizione del sistema elementi utili a ripensare il modello nell'ottica di garantire una maggiore equità ed efficienza, comunque nella salvaguardia delle reti tempo dipendenti e nel rispetto della normativa vigente (DM 70/2015).

E' ampiamente dimostrato che i mezzi di soccorso con Infermiere a bordo riescono a fornire interventi di assoluta eccellenza ed in completa autonomia in quasi tutte le patologie del First Hour Quintet (arresto cardiaco, sindrome coronarica acuta, stroke, insufficienza respiratoria, trauma maggiore) e che i mezzi di soccorso con soccorritori a bordo possono intervenire in prima battuta ed in tempi rapidissimi nell'Arresto Cardiaco, nel Dolore Toracico, nel sospetto di Stroke, fornendo risposte primarie adeguate da integrare successivamente, e nel più breve tempo possibile, con mezzi di soccorso avanzati. Esempi sono la defibrillazione precoce, l'utilizzo di massaggiatori automatici e della telemedicina per la trasmissione degli ECG. E' evidente che, in un quadro di questo tipo, risulta ancora più strategico ed impegnativo il ruolo della Centrale Operativa 118 ed, in particolare, del medico di Centrale.

L'obiettivo è quello di aumentare la capillarità della rete con particolare riferimento alle patologie del first hour quintet (FHT), e omogeneizzare, nel rispetto della normativa vigente, il sistema sull'intero territorio regionale, al fine di garantire equità di accesso a tutti i cittadini attraverso la creazione di una rete di emergenza territoriale organizzata su più livelli (ambulanze di primo soccorso, ambulanze infermieristiche, ambulanze medicalizzate ed automediche), integrati e coordinati fra di loro. Si tratta di costruire una rete che preveda un mezzo di primo soccorso abilitato BLS (ambulanze con defibrillatore semi-automatico e personale soccorritore abilitato alla defibrillazione), che arrivi sul paziente in 8 minuti nelle località con più di 1.000 abitanti, considerando anche la dislocazione dei mezzi di soccorso con professionisti sanitari.

### **3. Lo sviluppo delle reti come sistema di equilibrio tra specializzazione e prossimità delle cure**

#### **➤ Strategie per lo sviluppo di modelli organizzativi flessibili, orientati anche alla valorizzazione delle aree interne e degli ospedali di prossimità**

L'emergenza covid ha accelerato i cambiamenti già in atto nella cultura organizzativa aziendale, portando ad una maggiore consapevolezza rispetto all'importanza della multidisciplinarietà e multiprofessionalità, con un'ottica di professionisti e di servizi che lavorano in rete. L'obiettivo è l'ottimizzazione della funzionalità della rete, in grado di garantire maggiore equità di accesso e risposte adeguate al bisogno, con una più chiara definizione delle funzioni a livello dei vari nodi e dei percorsi.

Lo sviluppo della rete quindi si basa su due punti cardine: assicurare la prossimità dei servizi da un lato e la qualità e la sicurezza delle prestazioni dall'altro. Tale principio non può prescindere dalla expertise dei singoli operatori e da un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, necessario per raggiungere un elevato livello di qualità del processo e della presa in carico del paziente e della sua complessità.

Questo comporta l'applicazione degli specifici PDTAS, ossia i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e sociali, che si basano al tempo stesso sull'integrazione e su una diversa caratterizzazione degli ospedali di prossimità e quelli a maggiore complessità, in cui implementare gli standard di qualità e sicurezza nel disegno, nell'organizzazione e gestione e nella valutazione dei percorsi. Tale impostazione prevede inoltre un progressivo passaggio ad un modello di gestione più flessibile dei professionisti, che consenta al tempo stesso di presidiare e valorizzare le strutture di prossimità mantenendo e ampliando le competenze. Si tratta pertanto di promuovere l'attivazione di strumenti organizzativi finalizzati ad una migliore presa in carico di prossimità dei pazienti in territori geograficamente complessi, con la finalità di consolidare la presenza e la permanenza delle figure professionali nei territori più periferici:

- la periodica rotazione del personale su più sedi, sia ospedaliera che territoriali, per garantire la prossimità dell'assistenza per il cittadino e al tempo stesso mantenere elevate competenze professionali.
- Lo sviluppo di servizi in telemedicina, limitando quando opportuno il ricorso al ricovero ospedaliero e a spostamenti
- La maggiore integrazione tra prevenzione, assistenza territoriale ed ospedaliera, supportata da sistemi di informatizzazione e di telemedicina

Lo sviluppo della rete dei professionisti parte da un PATTO che deve nascere all'interno delle logiche dipartimentali. Per questo motivo è stato creato un regolamento interno, condiviso anche con le organizzazioni sindacali della dirigenza area sanitaria, per definire le regole di ingaggio dei dirigenti e sviluppare ed attivare logiche di corresponsabilità tra presidi maggiori e presidi minori. Oltre al patto, attraverso accordi specifici, sono stati identificati, nell'ambito delle valorizzazioni di carriera, strumenti per incentivare il personale dirigente a svolgere la propria attività presso i presidi limitrofi e allo stesso tempo per motivare il personale già assegnato nei presidi minori con finalità di retention.

Si tratta di un progetto di valorizzazione delle risorse che muove da molteplici fattori. In primo luogo la crescita professionale: il dirigente senior assegnato al presidio maggiore può svolgere un ruolo importante di tutor nei confronti dei colleghi più giovani che se assegnati a presidi minori potrebbero perdere interesse e motivazione. Nello stesso tempo si prevede che questi ultimi ruotino con una cadenza stabilita anche nei presidi maggiori per aumentare le loro competenze, la casistica dei pazienti seguiti e completare il loro ciclo formativo interno. In secondo luogo, la mobilità dei professionisti da e per i presidi minori, è un buono stimolo per creare opportunità di condivisione di buone pratiche e procedure diffondendo quindi una modalità operativa omogenea che va a vantaggio della diffusione della rete. Il patto rinforza le logiche dipartimentali e fa sì che le problematiche di una struttura siano condivise da tutti con un reciproco scambio di professionalità.

Per il personale del comparto, sono stati previsti molteplici incarichi di funzione a livello dipartimentale che hanno ampliato il raggio di azione degli operatori, hanno portato ed incrementato omogeneità delle procedure e dei percorsi facendo sì che i titolari diventassero punti di riferimento sulle materie di competenze a livello aziendale, e ciò ha sicuramente influito anche sulla crescita delle competenze e della motivazione degli operatori.

#### 4. **Proseguire con le azioni per il governo dell'appropriatezza**

##### ➤ **Governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche**

L'azienda prevede di proseguire le azioni già messe in atto, finalizzate al miglioramento delle liste di attesa. Sulla specialistica ambulatoriale sono previste le seguenti azioni, che prevedono da un lato l'incremento dell'offerta e dall'altro azioni sull'organizzazione e governo dell'appropriatezza della domanda.

##### *Incremento offerta:*

- Attività aggiuntiva ex Art 115
- Integrazione dell'offerta con strutture Private accreditate

##### *Azioni sull'organizzazione e governo della appropriatezza*

- Riorganizzazione delle agende con riallungamento degli slot di prenotazione ai livelli pre-pandemici
- Tavolo di programmazione di area vasta con incontri settimanali e monitoraggi periodici

- Gruppi di area vasta sulle specialistiche ambulatoriali che coinvolgono tutti gli attori del percorso con incontri e monitoraggi mensili

Sul versante dell'attività chirurgica l'azienda continuerà la collaborazione con il privato accreditato mediante le collaborazioni congiunte, ossia l'esecuzione dell'intervento da parte del chirurgo aziendale, utilizzando gli spazi e l'équipe del privato accreditato. Proseguiranno inoltre le azioni per aumentare l'efficienza dei blocchi operatori e i monitoraggi sistematici finalizzati al rispetto dei tempi previsti. L'obiettivo è il rispetto dei tempi previsti dal piano nazionale del governo delle liste di attesa (PNGLA).

#### ➤ **Governo dell'appropriatezza farmaceutica e dispositivi e sostenibilità**

La sostenibilità del sistema si basa su scelte appropriate, cioè in grado di creare valore per i cittadini. Come ricordato anche nel Piano Sanitario e Sociale Regionale, il sistema sanitario appartiene ai cittadini, che lo finanziano e ne dipendono per la loro salute. La responsabilità dei professionisti nelle scelte di cura, con il coinvolgimento dei cittadini, è determinante in questo senso, in quanto è ormai noto che una parte di trattamenti, anche tra i più diffusi, oltre ad essere inappropriati, possono esporre i pazienti a rischi non necessari. L'eccessivo utilizzo di antibiotici ne è un classico esempio. Garantire inoltre l'accesso alle terapie innovative a una platea sempre più ampia di popolazione, tenendo sotto controllo i criteri di sostenibilità, rappresenta una ulteriore sfida. A livello aziendale vengono monitorati numerosi indicatori, che permettono di misurare sistematicamente il grado di raggiungimento degli obiettivi regionali. L'analisi dei dati e la discussione sugli specifici andamenti, coinvolgendo i diversi attori che a vario titolo giocano ruolo determinante per la presa in carico del paziente, sono strumenti che consentono progressivamente di far convergere appropriatezza e sostenibilità.

Obiettivi comuni e condivisione delle strategie tra il livello ospedaliero e territoriale, dalla medicina generale, agli specialisti, ai farmacisti, sono il presupposto per promuovere e diffondere la cultura dell'appropriatezza a tutti i livelli. Così come è fondamentale la relazione che si instaura tra il professionista sanitario e il paziente, in un'ottica di fiducia e collaborazione nelle scelte terapeutiche. Il monitoraggio continuo, l'analisi dei comportamenti e le azioni correttive che ne derivano, impattano sul governo della spesa complessiva, intesa non come un semplice risparmio ma come risultato delle azioni messe atto e soprattutto come dovere etico su cui ognuno deve fare la propria parte.

Se si pensa che sul bilancio dell'azienda, che vale oltre 2,5 miliardi di euro l'anno, la farmaceutica incide indicativamente per il 15-20%, ne deriva che l'organizzazione, e quindi la collettività, spende circa 1 milione di euro al giorno per le cure, che deve essere impiegato con la finalità di produrre il massimo valore in termini di salute, con il migliore rapporto costo beneficio.

### **5. Promuovere lo sviluppo della sanità digitale, secondo gli indirizzi del PNRR, potenziando i servizi ai cittadini, anche tramite la progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi**

La transizione al digitale è il presupposto indispensabile per garantire servizi innovativi. L'obiettivo è rendere i servizi sempre più a misura di utente, facilitare il lavoro degli operatori e rendere tutto questo più semplice da gestire, informatizzando i processi e digitalizzando i percorsi. In questo momento storico, non si può prescindere dal menzionare il PNRR, che racchiude e collega molti ambiti tra loro. Il PNRR fa parte del programma europeo noto come Next Generation EU (NGEU) che intende promuovere una robusta ripresa dell'economia europea all'insegna della transizione ecologica, della digitalizzazione, della competitività, della formazione e dell'inclusione sociale, territoriale e di genere. Al centro della Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza ci sono il



potenziamento e la diffusione di sistemi di telemedicina per rafforzare il servizio di assistenza territoriale fondato sulla digitalizzazione. L'obiettivo è di promuovere e rendere più efficace l'assistenza di prossimità grazie anche alla connettività performante, per consentire un'effettiva equità di accesso della popolazione alle cure sanitarie e sociosanitarie, definendo standard qualitativi e quantitativi uniformi e contribuendo a potenziare la rete dei servizi distrettuali e a consolidare quella ospedaliera. L'Azienda USL Toscana nord ovest si è organizzata istituendo tre gruppi di lavoro (GdL) ad hoc, già operativi da marzo scorso, per gestire e sviluppare i temi contenuti all'interno del PNRR. Il lavoro e la sinergia di questi gruppi hanno permesso di aprire la strada per raggiungere traguardi ambiziosi come ad esempio implementare un software di georeferenziazione che raccolga, intercetti e mantenga aggiornate le informazioni in maniera dinamica sulle diverse sedi attive in azienda, utile per la direzione, per i colleghi e per il cittadino. Con questi presupposti, già dall'anno 2020, l'Azienda si è pertanto dotata di un Piano specifico per la Transizione al digitale, consultabile al seguente indirizzo <https://www.uslnordovest.toscana.it/amministrazione-trasparente-2/altri-contenuti/6583-piano-aziendale-per-la-transizione-al-digitale>

Proprio nell'ottica della digitalizzazione della Sanità, l'Azienda USL Toscana Nord Ovest ha deciso di mettere in campo le proprie competenze e le proprie soluzioni per consentire di accelerare sulla modernizzazione del sistema sanitario partendo dal Piano per la Transizione al Digitale, documento cardine per governare la trasformazione digitale e la costituzione di apposite Cabine di Regia (CdR). Il piano per la Transizione al Digitale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest ha permesso di suddividere e contenere i progetti all'interno di quindici macro-temi. La strategia è volta a favorire lo sviluppo di una società digitale, attraverso la digitalizzazione della pubblica amministrazione, che costituisce il motore di sviluppo per tutto il Paese. La strutturazione degli aspetti organizzativi si sintetizza con la funzione della CdR Transizione al Digitale, che si concentra sulla definizione della strategia integrata e coordinata con i principali indirizzi di programmazione aziendali, con la progettazione funzionale dei sistemi e il governo della transizione al digitale, in garanzia della continuità e qualità dei servizi, della sicurezza dei pazienti, della protezione e la conservazione dei dati personali. Sono state, quindi, istituite, al fine di focalizzare azioni ed energie, ulteriori cinque CdR tematiche: Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera, Cartella Socio-Sanitaria Territoriale, Servizi al Cittadino, Telemedicina e Ordini e fatture elettronici. In questo documento è riportato una estrema sintesi dei progetti maggiori.

#### ➤ **Sviluppo della telemedicina**

La telemedicina è l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate, contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal cosiddetto DM 71, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute.

Per quanto riguarda le progettualità incluse nel PNRR è in corso di definizione il modello organizzativo, la definizione delle funzioni e dell'infrastruttura tecnologica della Centrale Operativa Territoriale. Parallelamente sarà necessario inoltre prevedere e sviluppare una Centrale della telemedicina, uno spazio e un'organizzazione tale da garantire sette giorni su sette ventiquattro ore su 24 un'assistenza ai pazienti e operatori, finalizzata alla presa in carico e alla risoluzione di tutti i problemi tecnici che possono essere generati dall'utilizzo degli strumenti di telemedicina. Tecnologie ed organizzazione dovranno essere progettate e definite coerentemente.

Inoltre, oltre alle attività previste nel PNRR, a livello aziendale è stato costituito un GdL per quanto riguarda lo sviluppo della telemedicina in carcere: l'applicazione, quindi, della teleradiologia in ambito della sanità penitenziaria e la definizione dell'approccio in ambito telemedicina sulla base dei fondi ministeriali effettivamente utilizzabili. L'obiettivo è implementare soluzioni di teleradiologia e progettazione di televisita, teleconsulto, telemonitoraggio per i pazienti dei penitenziari.



## ➤ **Promuovere e potenziare i Servizi al Cittadino**

Il cittadino deve diventare sempre più partner dell'Amministrazione nella individuazione delle criticità e nella soluzione dei problemi: per questo motivo è sempre più importante la sua centralità, anche attraverso pratiche di ascolto e di valutazione della soddisfazione dei servizi.

La buona comunicazione diventa quindi una necessità, uno strumento essenziale per un'Amministrazione efficace, un potente strumento di cambiamento e, nel contempo, un fattore centrale per rendere operanti i diritti di cittadinanza.

La comunicazione è anche uno strumento strategico all'interno del processo di miglioramento organizzativo: consente di migliorare i servizi, ricercando sinergie e modalità di lavoro in grado di razionalizzare l'attività degli uffici aiutandoli a produrre in modo sempre più coordinato ed efficiente. aiuta a semplificare le procedure e a costruire un dialogo efficace con i cittadini. Per fare questo occorre raggiungere un livello di integrazione tra i vari strumenti di comunicazione, interni ed esterni, sempre maggiore, tale da garantire la massima coerenza possibile tra messaggi ed obiettivi.

Un percorso già iniziato in questi anni per migliorare i servizi agli operatori ed ai cittadini è l'Assistente virtuale WhatsApp dell'Azienda Usl Toscana Nord Ovest. Si tratta di uno strumento di chat con cui è possibile ottenere informazioni legate al COVID-19, alle vaccinazioni e non solo. Tale strumento è di facile utilizzo e fornisce, 24 ore su 24, le risposte alle domande più frequenti sull'emergenza Coronavirus e i relativi vaccini nonché i link diretti alle pagine utili per inoltrare specifiche richieste online. Alla conversazione con l'assistente virtuale si può accedere tramite cellulare o tramite PC: i cittadini hanno così l'opportunità di ricevere un primo livello di informazioni in tempo reale, senza dover telefonare o scrivere e-mail. Se le indicazioni ottenute non sono ritenute soddisfacenti, è possibile inoltre chattare con un operatore umano che fornirà ulteriori chiarimenti. Si tratta della prima esperienza in Italia nell'ambito delle Aziende sanitarie locali.

Un modo di sperimentare la tecnologia in maniera intelligente, senza sostituire il contatto umano. In questo periodo particolare, la necessità di accesso a canali per la distribuzione di informazioni chiare ed immediate, ha assunto un'importanza primaria. Il progetto si sviluppa nel 2022, su queste tematiche:

- Implementare nel *chatbot* nuovi servizi innovativi riguardanti la ASL Toscana Nord Ovest;
- Integrare le informazioni e i servizi presenti sul sito web con il *chatbot*, per favorire e semplificare l'accesso alle informazioni;
- Rendere facile ed intuitiva la navigazione di WhatsApp, sia da PC che da dispositivi mobili.

## ➤ **Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali**

- Completare l'estensione della Cartella clinica elettronica ospedaliera
- Implementare la Cartella socio sanitaria elettronica territoriale (aster cloud)
- Unificazione applicativo ADT per ricoveri ospedalieri
- Unificazione Applicativo del laboratorio analisi (LIS) e integrazione con C7, CUP e PS
- Unificazione applicativo dei centri trasfusionali integrazione con C7, CUP e PS (SIT)
- Unificazione applicativo presenze assenze e giuridico

## ➤ **Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi**

**numero unico CUP:** unificazione dei riferimenti e delle organizzazioni verso i cittadini realizzando un numero unico di accesso aziendale al servizio di prenotazione. Il progetto prevede la sua conclusione entro il 2022.

**front office polifunzionale:** al fine di centralizzare le funzioni di supporto ai cittadini è in corso di progettazione l'ampliamento dei servizi forniti agli sportelli non solo per funzioni di prenotazione, ma anche per informazioni e gestione delle pratiche relativi a protesica, anagrafe e prevenzione. Il progetto prevede la sua conclusione entro il 2022.

**prenotazione dei servizi on line (Zero Coda):** con pochi passaggi, è possibile per il cittadino prenotare on line l'accesso agli sportelli di accettazione prelievi. Si scelgono giorno e ora dell'appuntamento e si accede direttamente e senza attesa agli sportelli per l'accettazione amministrativa. Basta presentarsi poco prima dell'appuntamento e dopo qualche minuto il paziente viene chiamato direttamente dai monitor presenti in sala (senza prendere il ticket dal Totem). Il progetto prevede che entro il 2022 saranno informatizzati i presidi ospedalieri e territoriali con maggiore affluenza, secondo un piano aziendale condiviso con i Direttori di Presidio e i Direttori di Zona.

**pagamento on line pago PA:** attivazione dell' integrazione della contabilità con PagoPa tramite IRIS. PagoPA prevede la possibilità da parte del cittadino di pagare nei vari PSP abilitati (banche, lottomatica, sportelli pos, posta ecc.) i ticket / fatture emesse dalla Asl per le prestazioni effettuate, con successiva riconciliazione a livello contabile. A valle della conclusione delle fasi di sviluppo, formazione e installazione, il sistema è sotto continuo monitoraggio per la manutenzione correttiva/evolutiva.

**dematerializzazione documentale front office:** la sperimentazione ha lo scopo di avviare verso percorsi di digitalizzazione l'attività amministrativa degli sportelli di Front Office. Le postazioni di Front Office coinvolte nella sperimentazione saranno dotate di scanner digitali per consentire l'acquisizione in modo veloce e snello dei documenti che obbligatoriamente devono essere allegati alla domanda d'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale, alla domanda di Iscrizione Temporanea per Domicilio Sanitario o all'Iscrizione Facoltativa. Il progetto prevede la sua conclusione entro il 2022.

## **6. Il consolidamento della rete ospedaliera e nuove opere**

### **➤ Nuovo ospedale di Livorno**

Nel dicembre 2019 Regione, ASL e Comune hanno firmato un Accordo preliminare che poi si è tradotto nell'Accordo di programma del 10/6/2020, in cui ha preso forma l'idea progettuale attuale, che prevede la realizzazione di un nuovo ospedale, a monoblocco, su una superficie limitrofa all'attuale plesso. Il monoblocco prevede un piano seminterrato e quattro piani fuori terra.

#### **Alcuni numeri:**

- area da destinare alla nuova opera: circa 32.000 mq
- superficie complessiva del nuovo ospedale : circa 65.000 mq
- posti letto: dagli attuali 430 p.l., si passa a circa 508 p.l. con potenziamento di quelli dedicati alle cure intermedie, sulla scorta dell'esperienza negli ultimi mesi per la pandemia.
- Costo stimato di quadro economico (QE): € 190.750.000 per la realizzazione della struttura e €54.250.000 per la messa in esercizio del nuovo ospedale, attraverso la dotazione di arredi e attrezzature sanitarie.

Tempi di realizzazione ipotizzati: 2029 (esclusi collaudi, attivazione, demolizioni edifici e realizzazione del parco)

➤ **Presidio Cecina-Piombino: ridisegno della rete a seguito dell'unificazione e riqualificazione edilizia degli ospedali**

Il ridisegno della rete ospedaliera della zona, ha il fulcro nel Presidio Ospedaliero di Zona Bassa Val di Cecina – Val di Cornia, nato dall'unificazione organizzativa degli ospedali di Cecina e Piombino, con l'obiettivo di porre le basi per promuovere la qualità e la continuità dei servizi ospedalieri, sfruttando la sinergia tra gli ospedali, così da favorire lo sviluppo integrato dei servizi sanitari, sia ospedalieri sia territoriali, nell'ottica dei percorsi di salute capaci di rispondere ai bisogni attuali e prevedibili di tutta la popolazione della zona.

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

1. Sperimentazione e sviluppo delle reti professionali supportate da infrastrutture per la telemedicina: già attiva per traumatologia, in sviluppo per altre specialità
2. Istituzione del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura con sede nello stabilimento di Piombino
3. Ristrutturazione del Pronto Soccorso
4. Incremento dell'attività chirurgica di elezione nell'Ospedale di Piombino in rete con l'Ospedale di Cecina
5. Miglioramento della rete delle Cure Palliative con la realizzazione di 9 posti letto di hospice, di cui 5 sono già stati attivati nell'Ospedale di Cecina e 4 da attivare a Piombino
6. Miglioramento continuo dei servizi dell'area materno infantile dell'intera zona delle Valli Etrusche, con particolare attenzione al potenziamento del percorso nascita territoriale nella Val di Cornia.
7. Gestione delle cronicità sul territorio, con il miglioramento dei servizi specialistici ambulatoriali, per qualità e quantità.
8. Miglioramento dei servizi per la popolazione anziana: istituzione del *Centro di diagnosi e cura delle demenze*
9. Ridurre la mortalità cardiovascolare attraverso la prevenzione primaria e secondaria

➤ **Riqualificazione e sviluppo dell'Ospedale di Volterra**

1. *Nuovo Pronto Soccorso*. Il progetto di riqualificazione edilizia dell'Ospedale di Volterra prevede il trasferimento e rifacimento del Pronto Soccorso con nuovo corpo di fabbrica, con notevoli miglioramenti e risoluzione di problemi attuali, di accessibilità e correttezza dei percorsi logistici, dal punto di vista igienico-sanitario. Questa operazione consente di fare la ristrutturazione e ampliamento del blocco operatorio.
2. *Incremento chirurgia programmata*. L'organizzazione dell'Ospedale per intensità di cura, consentirà di incrementare l'attività chirurgica d'elezione: l'area di degenza ordinaria chirurgica consente l'ottimizzazione dei letti e personale, l'area di alta intensità di livello 2a consente di ampliare la casistica a pazienti a maggiore complessità anestesiology e post operatoria.
3. *Trattamento fibrinolitico*: attivazione del percorso per il trattamento acuto in Pronto Soccorso di pazienti con Ictus ischemico
4. *Integrazione e collaborazione con Auxilium Vitae*: si amplierà sia grazie alla possibilità di accettare nel setting ad alta intensità (2a) i pazienti ricoverati nella riabilitazione respiratoria, ad alta complessità assistenziale, in caso di riacutizzazioni, sia per sulla riabilitazione motoria per pazienti che hanno subito interventi di chirurgia protesica.

## **7. Promuovere la qualità, la sicurezza e trasparenza dei percorsi assistenziali e dell'organizzazione, sviluppando strumenti di partecipazione dei cittadini e delle comunità**

L'Azienda persegue sistematicamente e come parte costitutiva ed essenziale della propria Mission: il miglioramento continuo della qualità delle cure; il perseguimento di standard elevati di sicurezza dei pazienti e degli operatori; la trasparenza dei percorsi assistenziali e dell'organizzazione e quindi la piena partecipazione dei cittadini. Questi obiettivi strategici devono essere parte della attività clinica di tutti i giorni, ed essere ben presenti ai professionisti ed agli operatori che lavorano in tutti i setting assistenziali. Per supportare questa strategia l'Azienda si è dotata nel tempo di una organizzazione ad hoc e di professionisti con competenze specifiche, strutturando:

A) un sistema per garantire la trasparenza dei percorsi e la tutela dei pazienti e per favorire la partecipazione dei cittadini e delle Comunità; Il sistema vede tra i principali attori il Dipartimento Staff della Direzione Aziendale, la UOS Tutela e Partecipazione, la Commissione Mista Conciliativa, il Comitato Aziendale di Partecipazione oltre che il Responsabile Aziendale Trasparenza.

B) un sistema per il governo dei requisiti e degli standard di qualità derivanti dalle norme sull'esercizio (requisiti regionali autorizzativi), sull'accreditamento (requisiti regionali di accreditamento) e dai sistemi di certificazione volontaria (norma ISO) - il sistema vede tra i principali attori la UOC Sistema Qualità e Accreditamento, la funzione di Internal Auditing, il Comitato Aziendale TAVEA, la Rete Aziendale dei Facilitatori Qualità e Sicurezza.

C) un sistema per la gestione del rischio clinico ed il governo degli standard inerenti la sicurezza dei pazienti e degli operatori, che vede tra i principali attori la UOC Sicurezza del Paziente, il Comitato Aziendale CUAT (Comitato Unico Aziendale delle Tutele) e la Rete Aziendale dei Facilitatori Qualità e Sicurezza, oltre che il Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP) per quanto attiene la sicurezza degli operatori.

Per disposizione regionale (norme di accreditamento ex LR 51/2009 smi) l'Azienda dettaglia le azioni in merito a quanto sopra all'interno di un Piano Aziendale Qualità e Sicurezza a cui si rimanda per approfondimenti. Di seguito sono riportate le principali linee programmatiche e gli obiettivi specifici

### **➤ A) garantire la trasparenza dei percorsi e la tutela dei pazienti e per favorire la partecipazione dei cittadini e delle Comunità**

**OSSERVATORIO PREMS.** L'azienda pone grande attenzione al coinvolgimento dei cittadini nella valutazione dei servizi che offre, con l'obiettivo di affrontare la grande sfida della pubblica amministrazione, che consiste nel mettere realmente al centro i bisogni del cittadino e superare definitivamente l'autoreferenzialità. Aderisce infatti all'Osservatorio PREMS (Patient Reported Experience Measures), cioè la rilevazione sistematica dell'esperienza riportata dai pazienti in regime di ricovero ordinario. L'indagine è promossa dalla Regione Toscana e dall'Azienda USL Toscana nord ovest e viene realizzata in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Laboratorio MeS). Lo strumento è digitale, fortemente innovativo e permette di aprire un canale di comunicazione diretto e continuo con i pazienti. Come elemento di trasparenza l'Azienda, ha inoltre scelto di rendere pubblici in tempo reale sul proprio sito istituzionale il grado di soddisfazione complessivo dei pazienti ricoverati. <https://www.uslnordovest.toscana.it/213-ospedali/prems/5898-prems-ricoveri>

Le informazioni raccolte sono fonte preziosa di indicazioni per il miglioramento per l'azienda, sia in termini di qualità dell'assistenza, che di valorizzazione del personale, che si impegna quotidianamente per erogare i servizi.

Ad oggi sono coinvolti i seguenti 9 ospedali: Apuane, Lucca, Pontedera, Viareggio, Livorno, Cecina, Piombino, Portoferraio e Castelnuovo. Grazie alla diffusione della cartella clinica informatizzata, sarà possibile estendere questo fondamentale strumento a tutti gli ospedali. Le valutazioni dei pazienti sono nel complesso molto positive: alla domanda *“Come valuta complessivamente l'assistenza ricevuta in reparto?”*, nel 2021 più del 90% dei pazienti ha infatti dato un giudizio assai positivo, in particolare circa il 29% ha attribuito una valutazione buona e oltre il 62% ottima.

Una ulteriore prospettiva è quella di sperimentare gradualmente l'osservatorio anche sui servizi territoriali. Ad oggi le modalità di funzionamento e i tempi per l'avvio sono in corso di definizione con il livello regionale.

Gli obiettivi per i prossimi anni sull'Osservatorio PREMS si possono quindi così rappresentare:

- aumento dell'adesione dei pazienti alla rilevazione
- estensione della rilevazione a tutti gli ospedali
- sperimentazione della rilevazione sul territorio, secondo indirizzi regionali
- ulteriore miglioramento del livello di soddisfazione dei pazienti

**PARTECIPAZIONE.** La legge regionale 75/2017 propone un nuovo sistema di partecipazione ed istituisce a livello regionale il 'Consiglio dei cittadini per la salute' e, sul territorio, i 'Comitati aziendali di partecipazione' e i 'Comitati di partecipazione di zona-distretto', per consentire una maggiore e più attiva partecipazione dei cittadini alla pianificazione, programmazione e al buon funzionamento dei servizi sanitari. La legge regionale è frutto di un lavoro partecipato e condiviso tra cittadini, operatori e direzioni aziendali del servizio sanitario e permette la collaborazione dei cittadini alla pianificazione e programmazione, con modalità e strumenti diversificati ai vari livelli, assicurando un processo integrato. Fin dalla costituzione dei Comitati di partecipazione l'Azienda ha supportato l'intervento e le proposte dei cittadini tramite l'organizzazione di iniziative di informazione e sensibilizzazione sulle tematiche socio sanitarie. L'obiettivo strategico del coinvolgimento dei cittadini tramite specifiche azioni locali è rivolto oltre ai residenti e stakeholders legati allo specifico territorio, agli opinion leaders provenienti dalle associazioni facenti parte dei Comitati zonali di partecipazione, presenti nelle zone distretto. Il progressivo coinvolgimento di questi attori dovrà essere spalmato in almeno tre anni fino a raggiungere il 100% delle zone distretto, posto che le Società della salute assolvono già per statuto l'obbligo della organizzazione di agorà della salute. Il punto di partenza sono le attività messe in essere già dal 2018, anno di costituzione dei comitati ex lr. 75/2017 e nelle varie azioni di coinvolgimento operata su base regionale ed aziendale oppure direttamente programmate nell'ambito del sistema partecipativo. Il traguardo che l'Azienda si propone è quello della programmazione partecipata di azioni per la responsabilizzazione dei cittadini e la ricaduta sull'organizzazione aziendale, rendicontabile attraverso il bilancio sociale.

**TUTELA.** La trasformazione ed il potenziamento della rete degli Urp tramite la costituzione di un unico punto di accesso da parte dei cittadini in parallelo con la maggiore diffusione degli strumenti digitali verso l'esterno, ma anche verso l'interno, ha accompagnato il mutamento avvenuto con la fase relativa all' emergenza Covid. Tale mutamento si è sostanziato nello sviluppo di un atteggiamento più comunicativo e relazionale col cittadino, teso alla risoluzione dei suoi bisogni, meno burocratico e maggiormente orientato alla raccolta delle sue esigenze, ai fini del miglioramento della qualità dei servizi erogati. Tale trasformazione si accompagna a sua volta ad una maggiore integrazione con i front office aziendali e con le agenzie regionali di contatto col cittadino.

#### ➤ **B) Governare i requisiti e degli standard di qualità**

**REQUISITI DI ESERCIZIO.** Tra i principali obiettivi: la gestione ai sensi della L51/2009 del rientro nell'ordinario in seguito alla cessazione dello stato di emergenza da COVID-19 di tutte le strutture e le aree sanitarie temporanee attivate dall'azienda in deroga ai requisiti autorizzativi e di accreditamento (ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18); il completamento delle attività per la verifica dell'adeguamento ai nuovi requisiti previsti dal

regolamento n. 79/R/2016 come modificato dal DPGR n.90/R del 16/09/2020; la verifica dell'adeguamento ai requisiti specifici di tutte le strutture afferenti alle seguenti reti aziendali: cure palliative (HOSPICE); salute mentale (CSM, SPDC e strutture residenziali); dipendenze (SERD e comunità terapeutiche); punti nascita; ambulatori odontoiatria; cure intermedie e ambulatori della continuità assistenziale e case della salute

**REQUISITI DI ACCREDITAMENTO.** Nel 2022-2024 si prevede un ulteriore consolidamento e sviluppo del nostro sistema di autovalutazione tramite il sistema informativo Pandora, autovalutazione tesa a verificare che i comportamenti dei professionisti (*requisiti di processo*) che concorrono alla erogazione dei processi sanitari siano allineati a quelli attesi e raccomandati (*standard*). Si prevede di passare dalla revisione della documentazione clinica alla revisione sistematica dei "casi". La revisione della documentazione clinica sarà effettuata contestualmente in tutti i setting coinvolti sui casi "complessi" selezionati sulla base di criteri predefiniti in grado di garantire la valutazione di tutti i parametri "critici" per la qualità e sicurezza individuati dal Sistema Sanitario Regionale. L'elaborazione dei dati che ricostruiscono l'intero percorso compiuto dal paziente nei servizi ospedalieri e territoriali aziendali sarà quindi discussa in ciascun ambito territoriale (presidi ospedalieri/zone distretto di riferimento) attraverso audit sistematici, in modo da offrire a tutti i responsabili coinvolti l'opportunità di condividere insieme le azioni da intraprendere per migliorare la tempestività, l'appropriatezza e la continuità delle cure.

**CERTIFICAZIONI VOLONTARIE.** In affiancamento ed in integrazione con le attestazioni e le valutazioni previste dalla Legge regionale (esercizio ed accreditamento) l'Azienda Usl Toscana nord ovest ha individuato nella Certificazione volontaria UNI EN ISO 9001: 2015 un utile strumento per il raggiungimento di livelli di qualità sempre migliori. Mappatura dei processi, gestione della qualità, autovalutazione ed internal auditing sono diventate leve strategiche per individuare i punti critici su cui innescare un progetto di miglioramento continuo orientato alla gestione del rischio. I processi e le strutture che hanno intrapreso il percorso della Certificazione ISO ed ottenuto tale riconoscimento sono: Dipartimento del Servizio Sociale, Non Autosufficienza e Disabilità; Dipartimento di Prevenzione; Dipartimenti Tecnico Amministrativi; Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.); Dipartimento Diagnostiche; Fisica Sanitaria; Centro Trapianti Cornee. L'obiettivo dell'Azienda è di introdurre nel percorso di certificazione i seguenti processi/strutture: - Trasparenza e Anticorruzione; Privacy; Rete Salute e Sicurezza; Internal Auditing.

➤ **C) Gestire il rischio clinico e governare gli standard inerenti la sicurezza dei pazienti e degli operatori**

Gli obiettivi del sistema sono sostenere la segnalazione, l'analisi e la prevenzione degli incidenti alla sicurezza dei pazienti e dei lavoratori; promuovere e sostenere l'applicazione e la valutazione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, con il coinvolgimento attivo dei professionisti sanitari e dei pazienti; promuovere la salute, la sicurezza ed il benessere del personale, per costruire un ambiente di lavoro sano mediante azioni di sistema volte a valutare e contenere lo stress psico-fisico ed azioni mirate per la prevenzione delle aggressioni e delle minacce a danno del personale.

Nel 2020 le priorità hanno riguardato l'applicazione delle nuove norme e delle evidenze emergenti in merito alla prevenzione, gestione e trattamento del Covid, nonché il supporto alle strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali per la prevenzione e gestione del rischio da Covid nei pazienti fragili. Nel 2021 si è aggiunto il supporto all'organizzazione e gestione della campagna vaccinale anti Covid, mediante il riadattamento e l'applicazione degli elementi di sicurezza tratti da RM e PSP, insieme all'identificazione ed analisi dei casi di possibile evento e reazione avversa in cooperazione con la farmacovigilanza.

Tra la fine del 2020 e l'inizio del 2021, sono state inoltre riattivate le priorità per temi rilevanti per la sicurezza dei pazienti, come la prevenzione del suicidio nei pazienti ricoverati, la prevenzione e gestione della contenzione, la prevenzione delle cadute dei pazienti ricoverati. Sono stati inoltre

riavviati i programmi per la prevenzione delle infezioni da micro-organismi multi-resistenti, la sicurezza trasfusionale, la gestione del rischio associato ai dispositivi impiantabili, la prevenzione delle aggressioni, l'integrazione della sicurezza nella transizione al digitale e nei percorsi assistenziali delle patologie croniche e tempo-dipendenti.

Le modalità prevalenti di lavoro cooperativo sono transitate sulle piattaforme di videoconferenza, sia su prodotti commerciali di cui l'azienda si è dotata per la formazione e la gestione della crisi, che sistemi gratuiti per la conduzione di gruppi di lavoro. Sulla intranet aziendale è stata aperta una sezione dedicata all'emergenza pandemica con la pubblicazione in tempo reale di tutti i documenti dell'unità di crisi, la newsletter ufficiale trasmessa per email e le chat su applicazioni gratuite hanno coperto le comunicazioni rapide per tutto il personale, per le strutture formali e le reti informali costituitesi durante l'emergenza.

Per il 2022 si prevede di proseguire con il mantenimento e lo sviluppo delle azioni per la convivenza con la pandemia nella fase post-emergenziale, presidiando ed aggiornando gli elementi di qualità e sicurezza nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Inoltre, per lo sviluppo delle attività istituzionali per la sicurezza dei pazienti, si prevede di rafforzare le azioni volte alla prevenzione dei rischi per i pazienti fragili e per la prevenzione delle infezioni, all'integrazione della sicurezza nei percorsi assistenziali e nella transizione al digitale, all'innovazione delle modalità di lavoro cooperativo online ed in presenza, in particolare con l'estensione del programma di formazione mediante simulazione di scenari critici.

➤ **Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza dell'organizzazione**

Nel corso della validità del presente piano l'Azienda si avvarrà della fornitura di servizi per la progettazione, realizzazione e manutenzione del sito dell'Azienda Usl Toscana Nord Ovest (<http://www.uslnordovest.toscana.it/>), nel rispetto della normativa vigente sull'accessibilità dei siti web, del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD).

Obiettivi specifici per l'anno 2022 sono quelli di:

- garantire l'effettiva partecipazione dei cittadini attraverso la giornata della trasparenza e la piena utilizzazione degli istituti dell'accesso;
- sviluppare una cultura dell'integrità aziendale con momenti di condivisione delle attività, di sensibilizzazione sugli aspetti del conflitto di interesse e con l'aggiornamento del sistema criptato per la segnalazione di illeciti.

## **8. Lo sviluppo del capitale umano**

Gli obiettivi legati al miglioramento della qualità dell'assistenza e in generale dei servizi erogati, vanno di pari passo con quelli legati allo sviluppo dell'organizzazione e in questo contesto si collocano gli punti seguenti.

➤ **Nuove competenze, formazione**

Gli enti del SST sono sempre più chiamati a definire in modo partecipativo, in chiave prospettica, le competenze di cui hanno assoluta necessità, per poi governarle in una logica globale e di flessibilità. Il personale che opera nel SST riveste un ruolo centrale nella strutturazione ed erogazione di servizi e prestazioni efficaci e i recenti atti di indirizzo e programmazione prestano una specifica attenzione allo sviluppo delle competenze di tutti gli operatori:

- il Patto per l'Innovazione del Lavoro Pubblico e la Coesione Sociale 2021, laddove prevede che "(...) la formazione e la riqualificazione del personale debba assumere centralità



quale diritto soggettivo del dipendente pubblico e rango di investimento organizzativo, (...) andando a definire politiche formative di ampio respiro in grado di rispondere alle mutate esigenze delle Amministrazioni Pubbliche, garantendo percorsi formativi specifici con particolare riferimento al miglioramento delle competenze informatiche e digitali e di specifiche competenze avanzate (...)"

- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, adottato dal Governo italiano in data 25 aprile 2020, che alla Missione 6 "Sanita" - Componente "Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" - fissa l'obiettivo del "(...) potenziamento delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario (...)"
- il Piano Pandemico 2021-2023, che afferma la funzione cardine della formazione nella preparazione ad una emergenza pandemica influenzale, perché permette di potenziare conoscenze e competenze tecnico-scientifiche in momenti non emergenziali, formando contestualmente risorse mobilizzabili in fase pandemica;
- il Programma regionale di sviluppo 2021-2025, adottato dalla Giunta regionale in data 26 aprile 2021, che tra le linee di sviluppo regionali dell' Area 6 Salute espressamente rinnova l'importanza della centralità delle risorse umane, pilastro strategico di un sistema sanitario che deve essere capace di dispiegare con efficacia una pluralità di competenze multidisciplinari, di natura tecnico professionale, gestionale, digitale e personale .

Allo scopo di sostenere la formazione continua del personale e far sì che questa accompagni le politiche e le strategie aziendali, la AUSL Toscana Nord Ovest definisce annualmente la rilevazione dei bisogni, la programmazione, organizzazione e gestione delle attività formative nel Piano Annuale di Formazione, in conformità alla DGRT n. 599/2012 "Recepimento Accordo Stato Regioni del 19/04/2012: la formazione ECM 2012-2015" ed alla DGRT n. 153/2019 "Approvazione del manuale regionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM e del manuale del professionista sanitario."

Il Piano Aziendale di Formazione è il risultato di un percorso condiviso a tutti i livelli ed orientato agli obiettivi aziendali.

Condiviso, in quanto tutte le componenti aziendali sono messe in grado di partecipare, ciascuna per le sue competenze ed attraverso modalità codificate (come Cabine di Regia di percorso), alla costruzione del Piano fin dalla fase di rilevazione dei bisogni formativi

Orientato agli obiettivi, in quanto in tutte le fasi viene richiesto di assicurare la coerenza con il quadro della programmazione aziendale e regionale, anche attraverso la riconduzione di ogni Evento ad almeno uno degli obiettivi aziendali, intendendo con essi sia gli obiettivi della programmazione (budget, piano della performance) sia un elenco di macro obiettivi formativi ricorrenti.

Tali obiettivi formativi ricorrenti per la pianificazione del triennio 2022-2024 sono individuati in:

- A) sviluppo di reti e percorsi multi professionali e basati sulle evidenze
- B) supporto alla innovazione tecnologica e di processo
- C) consolidamento competenze specialistiche associate al ruolo
- D) sviluppo organizzazione ed identità aziendale, con particolare enfasi sullo sviluppo della capacità di lavorare in team
- E) sicurezza di pazienti, operatori, dati e strutture dell'Azienda

Nel biennio 2020-2021 la modalità abituale di pianificazione e realizzazione della Formazione Aziendale è stata profondamente modificata dalla Pandemia da Covid-19 e da tutte le sue implicazioni. In particolare nel mix di metodologie formative hanno assunto rilevanza tutti gli strumenti legati alla formazione a distanza, sincrona ed asincrona, tramite piattaforme digitali. Al tempo stesso si è capito più profondamente quanto per alcuni obiettivi formativi sia irrinunciabile



la parte “in presenza”, con un forte investimento in corso sulla metodica della “Formazione in Simulazione”; inoltre il biennio della emergenza Covid ha certamente modificato la cultura organizzativa aziendale verso una maggiore consapevolezza di quanto sia importante la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà per fornire un'assistenza di qualità.

Il Piano Annuale di Formazione del 2022 è articolato su 934 Eventi articolati in 4.688 Edizioni, che sviluppano globalmente oltre 600.00 ore/discente. I destinatari del Piano sono in modo specifico tutti i Dipendenti con obbligo ECM (10.300 circa), tutti i Dipendenti senza obbligo ECM (4.000 circa) e tutti i Convenzionati con obbligo ECM (1.900 circa).

Obiettivo aziendale è realizzare almeno il 65% degli eventi programmati e coinvolgere fattivamente (corsi conclusi) almeno il 65% del personale. Nel triennio l'Azienda intende elevare progressivamente tale obiettivo.

### ➤ **Modelli innovativi di organizzazione del lavoro**

L'applicazione dello smart working può diventare un'opportunità per le aziende private e pubbliche se implementato e gestito in modo corretto secondo i principi aziendali di efficacia ed efficienza. Dal mese di marzo 2020, durante la fase acuta della pandemia, è stato incentivato e facilitato il ricorso a forme di lavoro agile, consentendo così a molti lavoratori di sperimentare forme organizzative differenti da quelle a cui normalmente erano abituati. L'attuazione del lavoro agile ha però subito una sorta di forzatura dovuta alla situazione di emergenza sanitaria in corso, che non ne ha consentito una implementazione organica e graduale. Il lavoro agile è diventato la “modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa” diventando uno strumento utile per fronteggiare l'emergenza sanitaria essenzialmente per due motivazioni:

- preservare la salute dei dipendenti
- garantire la continuità dell'azione amministrativa

I presupposti per una corretta gestione dello smart working risiedono in un profondo ripensamento del modello organizzativo e da un'analisi e programmazione delle azioni e modalità che ne caratterizzano il lavoro fuori e dentro l'azienda. Si tratta di un vero e proprio cambiamento culturale, organizzativo e di processo che scardina le consuetudini e l'approccio tradizionale che si è consolidato negli anni basandosi su una cultura orientata ai risultati e su una valutazione legata alle reali performance. Affinché tutto ciò possa essere attuato, mantenendo un equilibrio tra performance elevate e benessere dei lavoratori, è necessario oltre ad un attento ripensamento del modello organizzativo e dei sistemi di coordinamento, delega e controllo, anche una più puntuale definizione degli obiettivi ed una puntuale analisi degli effetti sull'organizzazione.

Il progetto della USL Toscana nord ovest mira a trasmettere e diffondere, ai lavoratori coinvolti, i concetti base di un corretto modello di smart working al fine di valutare l'idoneità di questa forma di lavoro, introdotta a causa dell'emergenza, di favorire una vera riorganizzazione, agevolando l'introduzione del lavoro agile all'interno del sistema. Il concetto di smart working deve cioè essere considerato nella sua accezione più ampia in cui, alla flessibilità di orario o luogo di lavoro vanno affiancati i più importanti concetti di lavoro per obiettivi, delega, responsabilità e benessere del lavoratore.

Partendo dalle iniziative intraprese durante lo stato di emergenza con riferimento al lavoro agile, in un'ottica di programma di sviluppo organizzativo, è stato dapprima avviato un questionario per la rilevazione dei bisogni e delle esperienze maturate dal personale durante lo smart working di emergenza e poi è stato adottato un regolamento Lavoro agile che, introducendo lo smart working ed il telelavoro come modalità alternative di svolgimento della prestazione lavorativa, sviluppa un nuovo concetto di lavoro per obiettivi.

L'applicazione del lavoro agile "costringe" l'azienda e le sue diramazioni aziendali a ripensare il modello organizzativo, mappare le attività anche in funzione di rendere più autonomi nell'ottica della crescita professionale i propri collaboratori. L'applicazione del regolamento e la sua effettiva implementazione consentirà anche lo sviluppo della cultura organizzativa, rafforzando i percorsi di change management e di delega per i responsabili e allo stesso tempo aumentando le competenze dei lavoratori coinvolti.

#### ➤ **Pari opportunità e equilibrio di genere**

Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) promuove una politica di attenzione alla persona, con l'intento di realizzare le migliori condizioni di benessere sul lavoro, in un ambiente favorevole, improntato alle relazioni interpersonali rispettose e proficue, attuando una politica di "parità di genere" tra uomini e donne e, al contempo, di condanna ogni forma di discriminazione.

La questione della parità di genere rappresenta oggi uno dei temi cruciali nei diversi ambiti della società e in maggior misura, in quello sanitario. Per questo l'azienda, coadiuvata dal (CUG), intende consolidare l'utilizzo del bilancio di genere quale strumento di equità nel prossimo triennio. Significativi a questo proposito sono stati i momenti di confronto al tavolo regionale della Consigliera della pari opportunità, da cui è scaturita la proposta di un osservatorio sul genere regionale e l'avvio di un monitoraggio/indagine statistica sulla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro durante la pandemia a livello regionale e per tutte le aziende sanitarie. Con queste ultime iniziative è stato avviato un percorso preparatorio alla certificazione di qualità come prevista all'articolo 46 bis del codice delle pari opportunità.

Nei Codici Etici e/o di condotta sono state inoltre previste le figure dei cd. "Consiglieri e/o Consigliere di fiducia" e/o "Sportelli di ascolto", figure e strumenti che per loro stessa natura, così come normativamente previsto, trovano nel CUG un importante e imprescindibile punto di riferimento. A livello aziendale è stata quindi istituita la figura della consigliera di fiducia, con un ruolo determinante per l'attività svolta e per l'orientamento programmatico dello stesso Comitato, come espresso nel nuovo piano triennale. Nell'allegato 1 sono rappresentate le tabelle sul bilancio di genere, da cui emerge che nel 70% dei casi circa, i dirigenti apicali (direttori di Dipartimento o Zona) sono uomini, così come nel caso dei dirigenti medici di struttura complessa, in cui le donne sono soltanto il 13%. Questi numeri, suggeriscono l'opportunità di proseguire nelle azioni di welfare proposte dall'azienda, contenute anche nel nuovo piano delle azioni positive 2022-2024 quali:

- Il Rafforzamento dello Sportello di ascolto
- L'analisi dei punti di forza e di debolezza del lavoro agile come strumento di conciliazione vita- lavoro e sviluppo di modelli organizzativi più flessibili
- L'applicazione progressiva e graduale nel prossimo triennio del lavoro agile quale modalità di lavoro ordinaria, in linea con quanto richiesto dalla normativa e dalle linee guida del piano organizzativo e indicatori di performance emanate dal Dipartimento della funzione Pubblica
- L'Elaborazione di un set di indicatori utili a far emergere le diversità di genere anche per superare la diversità salariale tra uomini e donne a parità di livello e mansioni
- L'Analisi anonima dei dati tramite la Consigliera di fiducia e proposte al CUG con revisione del piano delle azioni positive

Il CUG, come delineato nella direttiva comunitaria n. 2 del 2019, intende pertanto proseguire nel percorso di integrazione, nel rispetto delle reciproche funzioni e competenze, con il dipartimento delle risorse umane, l'organismo indipendente di valutazione (OIV) e altri settori aziendali/gruppi di lavoro istituiti, per assicurare la tutela degli operatori nel suo complesso, anche contro il fenomeno delle aggressioni nei confronti degli operatori in sanità. Richiamando infine gli obiettivi di formazione sulle materie di pertinenza del Comitato per la diffusione di una cultura di genere, nel corso dell'anno 2022 e a seguire il CuG darà avvio ad un corso FAD costruito con la collaborazione della agenzia formativa regionale.

## ➤ **Promuovere la salute, la sicurezza ed il benessere del personale**

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest è attenta da molti anni al Benessere Organizzativo, tematica che viene monitorata e promossa dall'Unità Operativa denominata Psicologia del Benessere Organizzativo Aziendale struttura che, con altre, implementa l'offerta di servizi di welfare aziendale.

Alla luce della mission dell'Azienda di promuovere salute, si allineano le attività per lo sviluppo del benessere organizzativo, che individuano e promuovono i fattori protettivi interni all'organizzazione e tendono a favorire, come sostiene OMS, la salute come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia. Lo scopo è quello di prevenire e contrastare il disagio psicosociale, sostenere la salute degli operatori e promuovere una cultura del benessere. In tale ottica, si sono nel tempo sviluppati e declinati interventi che possono essere suddivisi in tre livelli:

- **Primario:** prevenzione di eventuali processi patologici fisici e psichici, modificando quei fattori ritenuti causa di detti processi.
- **Secondario:** gestione dei suddetti fattori tendente a ridurre effetti ed estensione dei problemi.
- **Terziario:** programmi di specifica assistenza al lavoratore e a gruppi di operatori, aventi l'obiettivo di impedirne un progressivo deterioramento delle condizioni psico-fisiche.

Le attività promosse, spaziano quindi da momenti di informazione e formazione su temi di specifico interesse per i lavoratori quali, le strategie per far fronte allo stress, la leadership, la comunicazione efficace e al contributo nelle valutazioni del rischio stress lavoro correlato (livello primario); alla promozione di procedure di benessere organizzativo dedicati alle UO che ne fanno richiesta, per la mitigazione di potenziali fattori di malessere (livello secondario); allo sportello aziendale di ascolto, uno spazio di ascolto e sostegno psicologico breve per i lavoratori o piccoli gruppi che lo richiedono (livello terziario). Oltre alle attività nucleari, la struttura fornisce il proprio contributo in vari tavoli e funzioni aziendali in termini di promozione, rilevazione e cura del benessere organizzativo e valorizzazione del personale dipendente. La struttura, composta da psicologi psicoterapeuti, si pone l'obiettivo, di contribuire a monitorare, con modalità sempre più capillari, i possibili indicatori di criticità per promuovere iniziative utili alla salute del lavoratore e intervenire laddove emergano situazioni elevate di stress legate alla condizione lavorativa.

Gli indicatori per monitorare il livello di raggiungimento degli obiettivi generali e specifici sono schematizzati nella griglia in allegato (Allegato 2\_Sistema di monitoraggio del Piano).

## Performance

- **La pianificazione triennale**

Le linee strategiche aziendali finalizzate al conseguimento degli obiettivi descritti nel precedente paragrafo del *valore pubblico* si integrano e si armonizzano con i diversi sistemi di monitoraggio, utilizzati nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, orientati a rendere misurabile e valutabile il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. In particolare, si fa riferimento agli indicatori dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** del **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**, del **Programma Nazionale Esiti (PNE)** e del **Sistema di Valutazione della Performance** della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Bersaglio MeS), che hanno valenza pluriennale con eventualmente adeguamento annuale dei target in base alle peculiarità del periodo o dell'ambito:

- 1. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG):**

E' lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA. <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

- 2. Il Sistema di Valutazione della Performance del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'anna di Pisa:**

Attraverso la rappresentazione del bersaglio e del pentagramma con cinque fasce di valutazione (da scarsa performance a performance ottimale), riassume la performance di indicatori di sintesi e di dettaglio, articolati in diverse dimensioni (strategie regionali, valutazione sanitaria, economico-finanziaria, interna ed esterna, oltre allo stato di salute della popolazione); per approfondimenti specifici si rimanda all'indirizzo: <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>

- 3. Indicatori di osservazione degli esiti (Prose ARS, PNE Agenas):**

Il sistema monitora l'andamento degli esiti in un set di indicatori suddivisi in molteplici aree cliniche; per approfondimenti specifici si rimanda all'indirizzo: <https://esiti.ars.toscana.it>

- **La programmazione annuale**

Partendo dal presupposto che gli obiettivi e indicatori individuati dal livello nazionale e regionale hanno valenza pluriennale, in coerenza con la programmazione triennale, anche per la programmazione annuale, si fa riferimento alle medesime fonti, ossia il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), il Programma Nazionale Esiti (PNE e ARS) e il Sistema di Valutazione della Performance regionale (Laboratorio MeS).

La Regione Toscana annualmente seleziona, sintetizza e integra gli obiettivi provenienti da questi sistemi, facendoli convergere in modo organico in una apposita **delibera regionale**, che declina gli obiettivi specifici da assegnare alle Aziende Sanitarie nell'anno di riferimento.

Per il 2022 si fa riferimento alla DGR 327-2022, che definisce gli obiettivi per l'anno in corso. La delibera è strutturata in aree di intervento, che contengono indicatori specifici e i target di riferimento, come mostra la tabella di seguito:

## Ambiti e pesature degli obiettivi regionali 2022

CATEGORIA	Peso AUSL
VALUTAZIONE COMPLESSIVA BERSAGLIO	20
AREA ECONOMICA	15
SANITA' DIGITALE	10
VACCINAZIONI	5
PERSONALE	5
PNRR	10
CRONICITA' E DISABILITA'	5
ESITI E QUALITA'	4
ONCOLOGIA E FINE VITA	8
RICERCA	2
TEMPI DI ATTESA	8
GOVERNO RETE PEDIATRICA	
FARMACEUTICA	8

La delibera regionale con il dettaglio degli indicatori specifici per ogni ambito e i target da raggiungere nel 2022 è consultabile al seguente indirizzo:

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2022DG00000000386>

L'Azienda recepisce pertanto queste indicazioni nell'ambito della propria programmazione annuale.

Per quanto riguarda il **contesto economico**, ossia le risorse disponibili, si fa riferimento alla Delibera di Giunta Regionale n. 6 del 10 gennaio 2022 "Assegnazione iniziale di Fondo Sanitario Regionale Indistinto per l'esercizio 2022 alle Aziende ed agli Enti del Servizio Sanitario Regionale". Gli effetti della pandemia da COVID 19 hanno segnato profondamente gli andamenti economici aziendali.

Nel corso del 2020, è stato richiesto dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e ribadito dalla Regione Toscana, nel momento della redazione dei mod. CE, la separata rilevazione contabile degli effetti da COVID-19; parallelamente sono stati assegnati anche alcuni finanziamenti specifici; nel corso del 2021 tale tipo di rilevazione è continuata, mentre più scarsi sono stati i finanziamenti specifici.

La costruzione del Bilancio di previsione 2022 non può esimersi da prendere in considerazione gli effetti economici della pandemia che sembra affievolirsi con l'andare del tempo sia per l'enorme sforzo organizzativo-sanitario messo in campo (tracciamenti e vaccinazioni, in primis) sia perché il virus, ancora molto contagioso, sta manifestandosi con sintomi molto più blandi rispetto al passato (anche grazie all'enorme campagna vaccinale), che consentono un allentamento delle misure restrittive imposte nel corso dei precedenti mesi.

Le linee guida al Bilancio di previsione danno le seguenti indicazioni: "Si invitano, quindi, le aziende sanitarie a stimare, all'interno dei rispettivi bilanci di previsione, basandosi sull'esperienza maturata negli ultimi 2 anni, i maggiori costi relativi all'acquisto di beni e servizi che si prevede di sostenere entro il 31 marzo 2022, e, poiché la copertura di tali costi non è prevista nelle risorse economico-finanziarie di cui è stata autorizzata l'iscrizione tra i contributi in c/esercizio, si autorizza altresì la previsione dei rimborsi di tali costi attesi, da parte dello Stato, all'interno della posta del modello CE AA0870 "A.5.D.3) Altri concorsi, recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici".

È sulla base di queste indicazioni che si è costruito il Bilancio di previsione 2022, avendo cura di dettagliare gli effetti COVID (fino al 31 marzo) sul medesimo esercizio per quanto attiene ai maggiori costi, pareggiandoli con l'iscrizione all'interno della posta indicata (AA0870 "A.5.D.3) Altri concorsi,

recuperi e rimborsi da parte di altri soggetti pubblici”). Per gli esercizi 2023 e 2024 non si può che utilizzare un fattore “lineare” di incremento rispetto al 2022 sulla base di alcune considerazioni:

- l'estrema incertezza ed indeterminazione della situazione nazionale ed internazionale, profondamente segnata dagli effetti della pandemia da COVID-19, che sembrava regredita, ma che dà segnali di ripresa, e dal conflitto in Ucraina, che influisce in modo serio e pesante sull'economia del Continente;
- la mancanza di informazioni di dettaglio, all'interno delle Indicazioni Regionali, circa il livello di contribuzione dato dal Fondo Sanitario nei prossimi anni;
- la carenza di indicazioni ed informazioni sia relativa ad altri ricavi sia relativa ai vari fattori produttivi.

- **Dagli indirizzi regionali agli obiettivi aziendali: la performance organizzativa**

Partendo dagli obiettivi triennali, in coerenza con le risorse assegnate, l'Azienda individua gli obiettivi per l'anno di riferimento, delineando i risultati attesi attraverso opportuni set di indicatori e relativi target. Gli obiettivi annuali rappresentano pertanto i traguardi da raggiungere al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi di medio lungo periodo, in ottica di miglioramento continuo. Tali obiettivi da raggiungere vengono negoziati, formalizzati e diffusi ogni anno nell'ambito del **processo di budget**.

Il processo di valutazione della performance organizzativa dell'azienda ha come oggetto il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti mediante il sistema di **budget** ed opera a tutti i livelli organizzativi, in funzione del grado di responsabilità previsto nell'organigramma aziendale. **Tramite il processo di budget annuale, l'azienda punta quindi a realizzare progressivamente gli obiettivi individuati nell'arco del triennio di riferimento.**

L'azienda ha individuato nel sistema di budget lo strumento fondamentale che permette di **calare gli indirizzi strategici con un meccanismo a cascata, dalla Direzione Generale al singolo operatore**, articolando e focalizzando i contenuti operativi rispetto al contesto territoriale in **un percorso il più possibile condiviso.**

E' quindi nel processo di negoziazione del budget che si sostanzia la declinazione degli obiettivi strategici regionali verso l'azienda, nel suo complesso e in tutte le sue diverse articolazioni: l'azienda infatti indirizza la propria attività, monitora e valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi a livello globale, di Dipartimento, di unità organizzative e infine dei singoli dipendenti, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dei servizi che offre.

Al fine di rendere il processo di budget uno **strumento integrato e coerente per il governo dell'azienda** è opportuno quindi prevedere uno stretto collegamento tra la programmazione strategica e la programmazione operativa. E' in questa fase, ed in particolar modo nelle schede budget che gli obiettivi trovano la declinazione in specifici indicatori e target di riferimento, assegnati alle singole strutture titolari di budget in base al Regolamento di Organizzazione Aziendale.

Attualmente nell'Azienda USL Toscana nord ovest ci sono **oltre 400 Centri di Responsabilità** con relative schede budget. Il dettaglio delle strutture e soggetti coinvolti, degli indicatori specifici e dei rispettivi target sono riportati nelle Schede Budget, consultabili tramite sezione dedicata sul sito intranet aziendale (IGEA).

Per i tempi e modi dell'assegnazione degli obiettivi e delle fasi di negoziazione di budget l'azienda ha formalizzato **una apposita procedura aziendale.**

Il sistema di budget prevede l'articolazione delle schede da assegnare ai Centri di responsabilità secondo **4 macroaree strategiche**, le cui pesature sono definite prima della negoziazione del budget, in linea con le indicazioni dell'atto formale di assegnazione degli obiettivi da parte della Regione (DGR 327-2022):

- **Obiettivi di programmazione regionale e aziendale**
- **Obiettivi specifici aziendali**
- **Obiettivi economici**
- **Obiettivi di organizzazione e di governo**

**I Dipartimenti e tutte le articolazioni aziendali sanitarie, sociali, tecnico-amministrative e dello staff sono titolari di scheda di budget e perciò inserite nel processo di valutazione dei risultati.**

L'andamento degli obiettivi di budget viene verificato a livello aziendale mediante:

- **verifiche intermedie** effettuate dalla Direzione nei mesi di maggio/giugno e settembre/ottobre;
- **reportistica periodica** trasmessa dal Controllo di Gestione
- **riunioni sistematiche** a livello di struttura con gli operatori per la condivisione degli obiettivi, la verifica dell'andamento e la valutazione dei risultati finali

**La valutazione finale** del grado di raggiungimento degli obiettivi a livello aziendale viene effettuata dalla **Direzione Aziendale** con il **supporto dell'Area Programmazione e controllo** ed è **validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**, che svolge un ruolo fondamentale di supervisione sul processo complessivo e sulla trasparenza dei risultati raggiunti.

I criteri adottati nella valutazione tengono conto sia della **capacità di miglioramento** dell'azienda, sia dei **risultati ottenuti** rispetto al contesto regionale, e cioè il "**posizionamento**". Dei criteri utilizzati e delle loro concrete applicazioni viene data evidenza nelle schede di dettaglio, che la Direzione Aziendale invia ai Dipartimenti come informazione di ritorno e coinvolgimento nelle fasi intermedie e conclusiva del percorso, in modo tale da assicurare la **necessaria trasparenza e condivisione di tutto il processo**.

E' importante sottolineare come budget, programmazione e bilancio di previsione siano in diretta relazione, costituendo ognuno un diverso livello di aggregazione oppure un diverso ambito di osservazione, ma basati tutti sulle medesime linee strategiche aziendali. Le misure annuali di tali obiettivi sono formalizzate dall'azienda nell'ambito del **processo di budget** e vengono rendicontate annualmente nella **Relazione sulla Performance**, consultabile sul sito aziendale.

- **Dagli indirizzi regionali agli obiettivi aziendali: la performance individuale**

Costituisce principio generale dell'organizzazione la responsabilizzazione del personale tutto e della dirigenza in particolare rispetto ai risultati da raggiungere. Relativamente alla performance individuale l'azienda ha iniziato dal 2017 il percorso di sviluppo del sistema di valutazione, introducendo a livello complessivo, un sistema di valutazione individuale che in base alle indicazioni delle Linee guida regionali 308/2013 "Linee di indirizzo per l'implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale" permetta di affiancare alla performance organizzativa anche le dimensioni di valutazione individuale, nell'intento di completare il sistema di misurazione e di valutazione del personale. Il percorso è stato sviluppato in parallelo sia per l'area contrattuale della dirigenza sia per l'area contrattuale del comparto. Fra gli obiettivi che le linee guida regionali (DGRT 308/2013 – all. A) in tema di valutazione si pongono c'è anche il tendenziale allineamento dei sistemi di valutazione aziendali.

Nell'Azienda USL Toscana nord ovest, dal 2017 per la dirigenza e dal 2018 per il personale del comparto è stato **adottato un unico sistema di valutazione della performance organizzative ed individuale** attraverso la sottoscrizione di specifici accordi che delineano il processo di valutazione e i criteri di valutazione collettiva ed individuale. L'Azienda utilizza un applicativo ad hoc denominato SVOD, (sistema di valutazione e gestione obiettivi dipendenti), ora in fase di aggiornamento, si chiamerà GO!, che permette di gestire il sistema di valutazione mettendo a disposizione uno strumento di interfaccia tra valutato e valutatore. Per tutto il personale del comparto e dirigente è prevista l'assegnazione di **obiettivi individuali**, attraverso un'apposita scheda compilata dal valutatore (responsabile gestionale) entro il primo quadrimestre.

L'assegnazione degli obiettivi tramite GO! riguarda tutti i dipendenti, del comparto e della dirigenza, ognuno secondo il livello di responsabilità attribuito e non riguarda invece i dirigenti responsabili o direttori titolari di una scheda di budget perché, in questo caso, gli obiettivi individuali coincidono con quelli della struttura.

**Più è elevato il livello di responsabilità, più la dimensione della misurazione degli obiettivi avrà un peso maggiore rispetto alla valutazione dei comportamenti organizzativi e delle competenze.**

Il sistema di valutazione permanente del personale della USL Toscana Nord Ovest, in un'ottica di **semplificazione e snellimento dei processi di valutazione e di sviluppo della valorizzazione del personale** prevede che la **valutazione annuale dei dipendenti**, che si sostanzia delle **due dimensioni (misurazione degli obiettivi e valutazione individuale dei comportamenti e delle competenze organizzative** – quindi il quanto ed il come), governi i seguenti istituti:

- la quota parte del 20% destinata al premio individuale per il personale del comparto;
- la quota parte del 40% destinata al premio individuale della dirigenza
- la conferma degli incarichi di funzione
- la valutazione annuale dei dirigenti e dei direttori
- la selezione annuale delle progressioni orizzontali

**Per il personale del comparto**, i criteri di misurazione della performance nel sistema di valutazione prevedono che **l'80% del premio annuale sia collegato ai risultati organizzativi** (di budget della struttura) e il **20% al risultato della valutazione individuale**.

**Per il personale della Dirigenza**, analogamente le percentuali sono del **60% collegate al risultato organizzativo** e il **40% collegato alla valutazione individuale**. Nella dirigenza poi è stato inserito, nell'ottica del conseguimento degli obiettivi dipartimentali, che una parte del 60%, secondo il livello di responsabilità rivestito nell'organizzazione aziendale, è collegata direttamente alle performance del Dipartimento.

Sia nel sistema di valutazione del comparto che nel sistema di valutazione della dirigenza è prevista una procedura a garanzia dei valutati. Nel caso della dirigenza la conciliazione di garanzia è prevista solo in caso di valutazione negativa (punteggio inferiore a 30/100). Nel caso del comparto la procedura di conciliazione prevede che il valutato possa richiedere (assistito anche da un rappresentante sindacale) il contraddittorio con il valutatore davanti al responsabile gerarchico superiore. La valutazione può essere confermata o modificata e diventa definitiva. Nel caso in cui più del 40% dei valutati richiedano il contraddittorio con lo stesso valutatore, lo stesso si svolgerà davanti al Direttore del Dipartimento.

Le procedure di conciliazione quindi cercano di intercettare prima che la valutazione diventi definitiva quelle situazioni di non corretta gestione del percorso valutativo o di comunicazione inefficace, al fine di migliorare i rapporti tra valutato e valutatore.



## Rischi corruttivi e trasparenza

### Analisi del contesto

#### *Contesto esterno*

Il contesto esterno è stato negli scorsi mesi ed è tuttora fortemente influenzato dall'emergenza pandemica che ha impattato sulle Aziende Sanitarie ancor più di altri ambiti di servizi pubblici, e che ha imposto di mettere in atto interventi e azioni per far fronte all'emergenza in attuazione degli indirizzi nazionali e regionali.

Questo naturalmente ha avuto, altresì, importanti conseguenze anche sull'organizzazione aziendale che è stata rivista nel corso del tempo in modo da rispondere all'emergenza e sulle modalità di espletamento del lavoro con un massiccio ricorso allo *smart working*, attualmente in fase di ridefinizione per le Pubbliche Amministrazione.

La necessità di effettuare acquisti in una situazione di estrema urgenza, di reperire personale sanitario in numero assolutamente superiore agli ordinari fabbisogni, la necessità di ricorrere in maniera importante alle strutture private accreditate ed autorizzate per rispondere alle mutate esigenze assistenziali, ed ancora la necessità di reperire posti letto protetti per curare i soggetti colpiti dal COVID, e per gestire in sicurezza le successive fasi di convalescenza e riabilitazione impongono la massima attenzione alle procedure adottate, specie laddove si tratta di affidamenti diretti motivati dall'estrema urgenza.

La gestione dell'emergenza da pandemia da covid-19 ha infatti fatto maturare un allarme sui potenziali effetti criminogeni dell'accelerazione forzata delle procedure, volta a reperire gli approvvigionamenti necessari a fronteggiare le esigenze del sistema sanitario, in virtù del fatto generalmente riconosciuto che gli acquisti straordinari che vedono accresciuto l'ammontare delle risorse disponibili e il potere del decisore pubblico, laddove risultassero indeboliti i controlli e i livelli di trasparenza, risultano più vulnerabili al rischio corruzione. La previsione, poi, degli investimenti già programmati in attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza impone l'adozione di misure specifiche, delineate nella presente sezione per la prevenzione della corruzione e la trasparenza.

Nel quadro generale di riferimento della sanità toscana, che si conferma quello delineato dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020, approvato dal Consiglio Regionale con Deliberazione del 9 ottobre 2019 n. 73, che detta le strategie sanitarie e sociali della Regione Toscana, definendo la cornice entro il quale possono essere concretizzati obiettivi specifici, azioni e risorse, occorre valutare l'impatto in ambito aziendale dei temi della legalità e della trasparenza che in ambito regionale sono evidenziati anche nel Rapporto sui fenomeni di criminalità organizzata e corruzione, che la Regione pubblica annualmente in collaborazione con la Scuola Normale Superiore di Pisa, confermando la sensibilità per la prevenzione di questi fenomeni.

La vocazione imprenditoriale della Toscana conferma la tendenza dei gruppi criminali, ad assumere, nel contesto delle attività illecite, un controllo funzionale, piuttosto che territoriale, del mercato e a specializzarsi in specifici settori, operando su più territori in base alla domanda dei beni e/o servizi presente sul mercato regionale, dove le Aziende Sanitarie sono naturalmente tra i soggetti più importanti.

Le misure individuate nella presente Sezione sono volte anche a contrastare la corruzione organizzata, che vede protagonisti dirigenti e funzionari pubblici con dinamiche che si orientano ad esempio verso lo scambio di cortesie nella presentazione di offerte fittizie nelle gare di appalto, e prediligendo comportamenti collusivi e non concorrenziali e l'utilizzo contropartite e retribuzioni indebite quali finanziamenti alla ricerca, sponsorizzazioni, finanziamenti di eventi, congressi, associazioni, benefit personali.

Tale quadro impone la necessità di rafforzare i controlli, sempre necessari in condizioni normali, ma ancor più essenziali in questo momento ove l'emergenza sanitaria determina un incremento nell'erogazione dei servizi e nella gestione delle risorse, resa ancor più rischiosa dalla necessità di ricorrere a procedure di urgenza e straordinarie.

Peraltro dall'analisi dei dati regionali e per l'ambito territoriale che interessa l'Azienda USL Toscana Nord Ovest non sono emersi elementi che facciano ipotizzare un radicamento organizzativo tradizionale delle mafie nazionali in Toscana, sebbene alcune criticità ambientali, aggravate dagli effetti economici della crisi sanitaria, possono creare nuove opportunità criminali e per questo si è posta l'attenzione anche alle possibili attività di riciclaggio, potenzialmente prodromiche di una presenza organizzativa incisiva e penetrante di imprenditorialità illegale.

I dati a disposizione, anche relativi all'attività espletata dalla Sezione regionale della Corte dei Conti, hanno inoltre fornito - per il livello aziendale - gli indirizzi per una migliore cura degli interessi collettivi, indicando gli strumenti per evitare la reiterazione di illeciti e provvedere alla corretta gestione e tutela dei beni pubblici e delle risorse affidate ai pubblici funzionari ed a tal fine è stato anche previsto l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, prevedendo regole circa l'utilizzo di comportamenti eco-responsabili, il richiamo alle disposizioni antiriciclaggio e le modalità di corretto utilizzo degli strumenti web evidenziando il riflesso che i comportamenti dei dipendenti del Servizio Sanitario Toscano possono avere sulla propria reputazione personale e professionale e, di conseguenza, per l'Azienda per cui si lavora, contribuendo a minarne la fiducia da parte dei cittadini.

Le pronunce concernenti il complesso delle Amministrazioni pubbliche registrano, infatti, un significativo numero di sentenze di condanna per le ipotesi di danno all'immagine, in particolare quale conseguenza di condanne definitive per reati contro la Pubblica Amministrazione. Le sentenze depositate ed i giudizi attivati in tema di danno all'immagine attengono in particolare:

- a danni non patrimoniali conseguenti alla commissione di reati contro la Pubblica Amministrazione di cui al Capo I, Titolo II, Libro II del codice penale, accertati con sentenza definitiva di condanna, in particolare per peculato, corruzione, concussione ed abuso d'ufficio;

- a sentenze relative a condotte assenteistiche, anche in assenza di una condanna penale che non è richiesta nei casi previsti dall'art. 55 *quinquies* del Decreto legislativo n. 165 del 2001, volto a sanzionare l'assenteismo fraudolento nel pubblico impiego;

Riguardo a queste ultime nel Piano aziendale sono stati previsti, per il caso di condotte assenteistiche configurate come truffa aggravata ai sensi del 640 bis c.p., controlli ripetuti di competenza della Gestione Presenze, volti a verificare attraverso il controllo incrociato delle timbrature dei cartellini marcatempo eventuali violazioni, anche per prevenire la reiterazione.

Più in generale, le pronunce dei giudici regionali hanno preso in considerazione i danni erariali sia in forma diretta sia in forma indiretta, ovvero i danni arrecati ai pazienti con condotte censurate di diversa natura: alcune tra queste hanno riguardato l'effettuazione di visite specialistiche a pagamento, in regime di *intramoenia*, senza emettere fattura o rilasciando ricevuta su bollettari non aziendali, con conseguente sottrazione all'Azienda Sanitaria delle relative entrate, richiamando la giurisprudenza della Cassazione, univoca nel configurare in tali casi il delitto di peculato, in quanto il medico che svolge attività *intramoenia* acquisisce qualifica pubblicistica, e come tale deve rispondere di peculato qualora si appropri delle somme ricevute in ragione del suo ufficio, omettendo di corrispondere la percentuale spettante all'azienda: le azioni previste nel triennio riguardano la tendenziale eliminazione dei 'bollettari' come modalità di pagamento e la verifica tramite controlli incrociati e sull'effettiva causalizzazione.

L'ambito regionale in cui l'Azienda USL necessariamente si trova ad operare ha reso opportuni criteri di coordinamento tra gli Enti dell'ordinamento regionale che mettono in comune le

esperienze fatte allo scopo di favorire lo sviluppo di sistemi condivisi di gestione del rischio, puntando al rafforzamento delle misure e delle azioni di prevenzione: la rete di RPCT aziendali, strutturata con Deliberazione RT n. 1065 del 2 novembre 2016, ha sviluppato una discussione partecipata ed esperta nella prevenzione delle criticità, la realizzazione di modelli comuni e la condivisione di buone prassi, confrontandosi in particolare su:

- mappatura del rischio anticorruzione con analisi dei processi a rischio e approfondimento delle aree comuni e di modelli omogenei di lavoro per l'emersione del rischio.
- codice di comportamento con la proposta dei Codici attualmente adottati e la diffusione di linee guida per la redazione di una policy aziendale per gli strumenti web.
- formazione aziendale per i dipendenti elaborando tramite il FORMAS una FAD per tutti gli Enti del SST.

Il Coordinamento ha, altresì, individuato i temi che per la complessità normativa e per la opportunità di interpretazione richiedono una valutazione unitaria e sono da sviluppare nell'anno 2022:

- Inconferibilità ed inconferibilità di incarichi e le modalità di applicazione del D.Lgs. 39/2013 alle Aziende Sanitarie in base alle Delibere ANAC .
- Rotazione ordinaria del personale.
- Obblighi di pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati in attuazione della Delibera ANAC 468/2021 e obblighi di pubblicazione degli atti in Amministrazione Trasparente ed in Albo Pretorio *on line*.
- Conflitto di interesse, in vista dell'opportunità di dotarsi di uno specifico regolamento aziendale, anche a seguito dei recenti provvedimenti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

#### *Contesto interno*

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest è Ente del Servizio Sanitario Regionale istituita con la Legge regionale Toscana 16 marzo 2015 n. 28, con la quale è stato ridefinito l'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario Regionale, per garantire l'ulteriore promozione della qualità del servizio unita alla sostenibilità economica: nell'Azienda USL Toscana Nord Ovest sono confluite le ex Aziende UUSLL n. 1 di Massa carrara, 2 di Lucca, 5 di Pisa, 6 di Livorno e 12 di Viareggio.

L'Azienda individua la propria missione nella promozione e tutela della salute e nella garanzia dei livelli assistenza, in un contesto di sicurezza, a vantaggio di tutti i residenti nel territorio di riferimento, di quelli presenti nello stesso territorio inclusa la popolazione migrante nel rispetto delle previsioni e prestazioni di legge nonché di quelli presenti nelle residenze territoriali di restrizione.

La Direzione Aziendale, composta oltre che dal Direttore Generale anche dal Direttore Sanitario, Amministrativo, dei Servizi Sociali, dai Direttori di Zona Distretto, dal Direttore della Rete Ospedaliera, è titolare della funzione strategica e definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento; controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi.

Lo svolgimento dei compiti istituzionali è garantito attraverso le strutture organizzative professionali e funzionali descritto al punto 3.1 del Piano, a cui sono attribuiti gli obiettivi e che garantiscono il collegamento tra assistenza sanitaria e territoriale e tra assistenza sanitaria e sociale.

La valutazione del rischio corruttivo in ambito aziendale, oltre che per le Aree di rischio indicate nell'allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione, è rappresentata a livello dipartimentale. Le disposizioni regionali, infatti, indicano i Dipartimenti come lo strumento organizzativo ordinario di

gestione dell'Aziende USL quali garanti della gestione e dell'equilibrio del budget, del raggiungimento degli obiettivi assegnati, nonché del corretto svolgimento delle funzioni di governo clinico e dei percorsi ed esiti socio assistenziali e di tutela della salute collettiva e, in ambito tecnico-amministrativo e legale, della gestione ed equilibrio del budget e delle procedure e dei risultati di gestione delle attività di supporto e di quelle professionali.

Il modello organizzativo aziendale prevede Dipartimenti a carattere tecnico-professionale in materia clinico organizzativa e gestionale a fianco di altre strutture di consulenza e supporto alla Direzione e per lo svolgimento delle funzioni amministrative e tecniche.

Per quanto riguarda la valutazione del rischio occorre evidenziare che in ambito regionale l'Ente che svolge le funzioni di acquisto di beni e servizi è l'ESTAR – Ente di supporto Tecnico amministrativo Regionale, mentre sono rimasti in capo all'Azienda USL l'acquisizione dei servizi socio sanitari in capo al Dipartimento Economico e gli appalti afferenti al Dipartimento Tecnico e per questi ultimi si è proceduto ad identificare nell'ambito del Piano aziendale i processi a rischio nell'ambito dei rispettivi Dipartimenti, monitorando anche tutte le modalità che potrebbero servire per occultare contropartite e retribuzioni indebite come sponsorizzazioni, finanziamento di eventi, congressi ecc..

Gli ultimi due anni, che sono stati caratterizzati dalla diffusione del virus Covid 19, hanno visto l'Azienda in prima linea nella situazione di emergenza e destinataria, con gli altri Enti del Servizio sanitario, di un insieme di norme emergenziali nazionali e regionali che hanno segnato in maniera incisiva l'andamento delle attività e hanno imposto decisioni con impatto a livello organizzativo con ricadute sulle necessità di acquisizione di personale sanitario, per reperire posti letto protetti e di acquisizione di beni e servizi spesso adottate in maniera diretta per una risposta immediata alla situazione di urgenza.

L'Azienda USL ha affidato la gestione delle funzioni a due distinte figure di Responsabile per la prevenzione della corruzione e Responsabile per la Trasparenza in ragione della complessità organizzativa e della dimensione territoriale dell'Azienda: il Responsabile per la prevenzione della corruzione è stato altresì confermato quale gestore aziendale antiriciclaggio, privilegiando così i profili di connessione nell'attuazione degli strumenti a garanzia della prevenzione del rischio.

Il RASA - Responsabile per l'Anagrafe della Stazione Appaltante dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest è stato individuato, nella figura della Direttrice della Unità Operativa Complessa Programmazione Contrattuale e Rapporti con l'Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale, con Deliberazione aziendale n. 28 del 6 febbraio 2020 'Nomina del Responsabile Anagrafe della Stazione appaltante (RASA) dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest per l'incarico di compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle stazioni appaltanti di cui all'articolo 33 *ter* comma 2 del Decreto Legge n. 179/2012' e nell'atto sono stati altresì nominati, in considerazione della vastità dell'ambito di azione, due referenti per gli ambiti di attività nei quali l'Azienda è responsabile anche della fase di affidamento del contratto, ovvero per l'Acquisizione Servizi Socio Sanitari del Dipartimento Servizi Generali e per l'Area del supporto Amministrativo e Patrimonio del Dipartimento Tecnico e Patrimonio.

Il RASA ha provveduto ad effettuare l'adempimento annuale di verifica e successivo aggiornamento delle informazioni e dei dati identificativi dell'Azienda all'interno dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti.

### **Gestione del rischio**

La valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio corruzione e gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio e porre in essere tutte le azioni necessarie a livello aziendale per la prevenzione e repressione della illegalità sono dettagliatamente indicati nell'allegato 3 al presente Piano.

Le azioni previste sono state condivise con i Direttori di Dipartimento (o di Area ove non presenti i Direttori di Dipartimento), che sono stati invitati ad individuare le attività a rischio corruzione e quelle relative alla Trasparenza mediante apposita tabella, poi rielaborata e completata - con il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, la Responsabile aziendale per la Trasparenza e la Posizione Organizzativa Ufficio Consulenza Giuridica e supporto in materia di trasparenza e anticorruzione - in incontri dedicati, fissando specifici obiettivi alle strutture nella mappatura dei processi a rischio con la definizione delle misure organizzative.

A tal fine, la formazione ha un ruolo centrale per la diffusione e la conoscenza dei temi dell'etica e della legalità per tutti i soggetti che, a vario titolo, partecipano alla creazione e attuazione delle misure ed è prevista per l'anno 2022 differenziata per ruoli e in relazione alle attività svolte.

La tabella allegata al presente Piano è di seguito delineata per Aree di rischio generali e specifiche per la sanità.

*Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico e con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.*

Le attività in oggetto riguardano trasversalmente vari settori dell'Azienda Sanitaria e principalmente le Zone Distretto per quanto riguarda l'erogazione di contributi, sussidi, borse lavoro; l'Area dei Servizi Sanitari nell'ambito del Dipartimento Servizi Generali per quanto riguarda il servizio protesico, le attività distrettuali di incasso della compartecipazione alla spesa afferenti alla U.O. Gestione CUP – peraltro per quanto riguarda gli incassi tramite denaro contante, questi ultimi sono stati pressoché totalmente eliminati per evitare il rischio da diffusione da contagio a causa del passaggio di banconote e monete - i proventi della libera professione e le esenzioni di compartecipazione alla spesa; nonché le attività proprie del Dipartimento di Prevenzione, vigilanza ispezione ecc., che si inseriscono anche nei procedimenti per autorizzazione e concessione.

#### *Contratti pubblici*

La gestione dei contratti per beni e servizi delle Aziende Sanitarie è propria di ESTAR – Ente di Supporto Tecnico Amministrativo della Regione Toscana. La materia è oggetto di analisi sia per la stretta connessione tra l'attività di ESTAR e dell'Azienda sanitaria ad esempio in tema degli indirizzi per l'espletamento delle procedure di gara e di designazione dei componenti delle Commissioni: per questa ultima parte particolare attenzione è posta per la valutazione dei conflitti di interesse e alla rotazione dei membri delle Commissioni; sia perché l'Azienda USL Toscana Nord Ovest gestisce direttamente i contratti per i lavori da eseguire incardinati nella competenza del Dipartimento Tecnico e per i servizi socio sanitari attraverso l'omonima Unità Operativa Acquisizione Servizi Socio sanitari all'interno del Dipartimento Servizi Generali. In questi ambiti è prevista ed effettuata, nelle procedure negoziate, la rotazione delle Ditte e sono stati effettuati controlli generalizzati sui requisiti di aggiudicazione e applicata la rotazione dei componenti delle Commissioni.

#### *Acquisizione e gestione del personale.*

Per quanto riguarda la mappatura dell'acquisizione e gestione delle risorse umane è censita nell'ambito del Dipartimento Gestione Risorse Umane, che ricomprende tutte le attività relative, dal reclutamento e politiche del personale dipendente, valutazione e valorizzazione, libera professione prestazioni extra impiego, gestione Specialisti ambulatoriali contratti libero professionali borse di studio, alla gestione previdenziale.

Sono evidenziate le misure relative alla programmazione delle risorse sulla base delle necessità organizzative, la verifica delle incompatibilità e del conflitto di interessi e la rotazione delle Commissioni; la pubblicizzazione degli incarichi di struttura viene data attraverso l'applicativo IGEA e diffuso attraverso la mail aziendale a tutti gli utenti interni.

Inoltre, con il Regolamento per il conferimento degli incarichi di funzione previsti dall'art. 14 del CCNL 2016/2018, al personale di comparto è stato disciplinato il procedimento di assegnazione degli incarichi, siano essi di organizzazione o professionali, istituiti nei ruoli sanitario tecnico amministrativo e professionale che richiedono lo svolgimento di funzioni con elevata responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria o del profilo di appartenenza.

In capo al Dipartimento è stato posto come obiettivo l'inserimento della dizione, nelle comunicazioni di collocamento a riposo dei dipendenti, che i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi e negoziali, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività: questo al fine di rendere chiara la previsione di legge onde evitare comportamenti illegittimi successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro.

#### *Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.*

Le entrate e uscite sono state analizzate nell'ambito del Dipartimento Economico, che ha al suo interno le Unità Operative Monitoraggio CE e Bilanci, contabilità Fornitori e Contabilità Clienti e Fiscale nonché, per quanto riguarda le liquidazioni e i successivi pagamenti, nell'ambito dei vari dipartimenti interessati e delle Zone Distretto.

Per il patrimonio, di competenza del Dipartimento Tecnico e Patrimonio, si è provveduto alla pubblicazione sul sito trasparenza aziendale l'elenco immobili di proprietà, con i dati identificativi, il valore e le relative modalità e finalità di utilizzo.

Oggetto di aggiornamento da parte del Dipartimento Tecnico è il Regolamento aziendale donazioni con riferimento agli eventuali conflitti di interesse che possono nascere da un possibile stretto rapporto tra Ditte donatrici e singoli reparti beneficiari, con la finalità di integrare il regolamento prevedendo in maniera certa e imparziale nei confronti di tutti i soggetti che le donazioni non potranno essere a favore di singole strutture individuate dal donante ma a favore dell'Azienda che poi provvederà all'assegnazione sulla base delle priorità; l'aggiornamento è risultato di particolare importanza perché avviene in un momento che ha visto aumentare le donazioni a favore dell'Azienda a causa dell'emergenza derivante dalla diffusione del Covid 19.

#### *Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni*

Le attività di controllo, verifica, ispezione e sanzione sono diffuse in tutti i Dipartimenti e le Aree aziendali ed in particolare competenza del Dipartimento di Prevenzione relativamente sia all'area funzionale della sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, sia all'igiene pubblica e Nutrizione sia la Prevenzione e Sicurezza sui luoghi di lavoro oltre che il Laboratorio di Sanità Pubblica, con misure in tema di revisione e/o validazione delle procedure, l'attuazione di istruzioni operative per il controllo, l'informatizzazione dei processi – consentendo così la semplificazione dei processi auspicata dalla recente normativa istitutiva del Piano integrato di organizzazione e attività - la predisposizione di standard di riferimento; per quanto riguarda l'attività di vigilanza ed ispezione è stata generalizzata la compartecipazione di più figure professionali negli atti adottati, per la corretta valutazione; la supervisione professionale per verificare la corretta certificazione rispetto agli standard di settore; e infine la rotazione nello svolgimento delle attività di vigilanza e controllo dei dipendenti dedicati alle attività.

Analogamente i controlli sono stati previsti nell'ambito della libera professione intramuraria sia attraverso l'Unità Operativa Libera professione prestazioni extra impiego e progetti incentivanti sia attraverso controlli incrociati con le Direzioni Ospedaliere di Presidio; nell'ambito del Dipartimento Servizi Ospedalieri in particolare per il privato accreditato; attraverso le Zone Distretto relativamente ai provvedimenti di concessione contributi; nell'ambito delle attività dei Comitati Gestione Sinistri, è

stata poi inserita una parte dedicata alle attività del Comitato Unico Aziendale delle Tutele, che prevede due controlli a semestre.

I controlli previsti per la messa in sicurezza del sistema RIS PACS sono la previsione della scadenza delle password ogni 90 gg. senza riutilizzo, la tracciabilità dei log di accesso e delle attività eseguite; la creazione di utenti esclusivamente personalizzati, evitando l'accesso generico e con password illimitate; controlli quotidiani e a campione sulle prestazioni di radiologia pesante (TC – RM) e segnalazione delle anomalie – tramite software dedicato – che tiene traccia le problematiche riscontrate.

Per la gestione diretta sinistri è previsto l'obbligo per i componenti di astenersi in caso di conflitto di interessi: specifici controlli sono previsti sulle dichiarazioni effettuate dai componenti nonché per le segnalazioni di incompatibilità/opportunità:

- gestione sinistri → verifica conflitti di interessi componenti come da Regolamento → dichiarazione assenza conflitto al momento della immissione nelle funzioni ---> 100%
- gestione sinistri → verifica conflitti di interessi componenti come da Regolamento → segnalazione posizione di incompatibilità/inopportunità nei casi in cui sia coinvolta l'Azienda USL Toscana Nord Ovest---> 2 controlli nell'anno

E' stato aggiornato il Regolamento della Commissione Multidisciplinare di vigilanza sulle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano interventi sociali e ad integrazione sociosanitaria per:

- la necessità di una reportistica semestrale che ogni Commissione di vigilanza deve inviare al Presidente della Commissione al 30 giugno e al 31 dicembre relativamente ai sopralluoghi effettuati ai fini di verifica
- pianificazione annuale dei sopralluoghi da effettuare su tutte le strutture
- rotazione dei componenti con previsione di durata triennale e non immediatamente incaricabili per il Nucleo operativo locale dello stesso territorio

Più in generale i controlli sono incardinati nelle varie strutture e singolarmente dettagliati nelle tabelle di mappatura.

#### *Incarichi e nomine.*

Per quanto riguarda la inconfiribilità e la incompatibilità degli incarichi, l'aggiornamento e presenza sul sito delle dichiarazioni sono effettuate dal Responsabile dei Rapporti Istituzionali e Gestione Documentale Atti nell'ambito del Dipartimento Servizi Generali relativamente alla Direzione Aziendale, ai Direttori di Zona Distretto ed agli specialisti convenzionati; mentre per quanto riguarda i Dirigenti aziendali la competenza è del Dipartimento Risorse Umane.

Sono allo stesso modo di competenza del Dipartimento Risorse Umane le misure relative alla programmazione delle risorse sulla base delle necessità organizzative, la verifica delle incompatibilità e del conflitto di interessi e la rotazione delle Commissioni; la pubblicizzazione degli incarichi di struttura viene data attraverso l'applicativo IGEA e diffuso attraverso la mail aziendale a tutti gli utenti interni.

Inoltre, con il Regolamento per il conferimento degli incarichi di funzione previsti dall'art. 14 del CCNL 2016/2018 al personale di comparto adottato con Deliberazione n. 478 del 31 maggio 2019, è stato disciplinato il procedimento di assegnazione degli incarichi, siano essi di organizzazione o professionali, istituiti nei ruoli sanitario tecnico amministrativo e professionale che richiedono lo svolgimento di funzioni con elevata responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria o del profilo di appartenenza, successivamente all'approvazione dello stesso.

### *Affari Legali e contenzioso.*

L'attività è presa in considerazione nell'Area Professioni Legali e Area del Contenzioso stragiudiziale e rapporti assicurativi del Dipartimento Affari Legali; la mappature del rischio e le misure hanno riguardato l'affidamento degli incarichi ai legali esterni, la gestione sinistri – già presa in considerazione nella parte relativa ai controlli - e liquidazione contenzioso, risarcimento danni e modalità di erogazione dello stesso, liquidazione e dei pagamenti propri del Dipartimento, recupero crediti e gestione delle polizze aziendali con controlli periodici.

Si è provveduto ad aggiornare con deliberazione aziendale la materia della gestione sinistri mediante l'adozione del Regolamento per la gestione diretta dei sinistri che disciplina puntualmente anche i casi di incompatibilità e conflitto di interessi.

### *Attività Libero professionale.*

L'attività libero professionale è presa in considerazione sia con riferimento alla competente Unità Operativa del dipartimento Risorse Umane sia con riferimento ai processi a rischio dei Presidi Ospedalieri con la verifica dei conflitti di interesse sia per il corretto utilizzo della causale di timbratura; per evitare casi di peculato e di abusi, è prevista in tutta l'Azienda la sola possibilità di pagamento tramite meccanismi automatizzati.

### *Liste di attesa*

Le liste di attesa sono sempre oggetto di particolare attenzione in ambito aziendale: la possibilità di prenotazione visite è possibile solo attraverso procedure informatizzate e nei Dipartimenti relativi all'attività sanitaria sono state poste in essere le misure relative e i controlli conseguenti; mentre dal punto di vista del governo delle stesse è competente l'apposita Unità Operativa Gestione Liste d'attesa della Staff di Direzione.

### *Rapporti con soggetti erogatori.*

Le misure organizzative per i rapporti con i soggetti erogatori sono prevalentemente analizzati nell'ambito del dipartimento Servizi generali attraverso la U.O. Privato accreditato e Trasporti Sanitari con le relative verifiche su accreditamento, volumi di attività e fatturazione; analoghi controlli, in particolare sulla fatturazione, sono effettuati e nei Dipartimenti relativi all'attività sanitaria sono state poste in essere le misure relative e i controlli conseguenti e nella U.O. Gestione la verifica su specialisti ambulatoriali e contratti atipici.

### *Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni*

I processi analizzati riguardano le specifiche istruzioni operative rivolte ai soggetti coinvolti con l'intento di facilitare la realizzazione di quanto previsto includendo riferimenti quali Linee Guida, Delibere Aziendali, e più in generale riferimenti alla normativa vigente in materia, processi relativi all'Acquisto di materiale non a gara prodotti "unici" in modo da verificare sia l'adozione di omogenei comportamenti da parte dei medici specialisti e dei colleghi farmacisti, nel procedimento di acquisto dei prodotti e l'aderenza alla procedura aziendale prevista per tale tipologia di acquisto.

Si è poi proceduto alla 'Rettifica al Regolamento aziendale per la sperimentazione e gli studi clinici' con la Deliberazione n. 830 del 16 ottobre 2020 con la quale sono stati definiti i ruoli, le modalità e i termini delle sperimentazioni in ambito aziendale e individuati soggetti deputati alle autorizzazioni e i casi per i quali non è possibile procedere a sperimentazione.

Nell'ambito del regolamento è stato precisato che è vietato qualsiasi rapporto diretto o indiretto di natura economico contrattuale tra Promotore e Sperimentatore volto ad escludere ogni conflitto di interesse anche potenziale.



E' previsto altresì il monitoraggio delle sperimentazioni cliniche - nell'ambito dello Staff di Direzione- e un diffuso controllo per una gestione trasparente delle attività formative sponsorizzate.

E' prevista l'attuazione del Regolamento di Informazione Scientifica che prevede l'accreditamento per l'accesso alle strutture aziendali ospedaliere e territoriali tracciando la presenza, i contenuti informativi e le attività degli informatori all'interno delle strutture.

Nella mappatura si sono previsti controlli semestrali sui registri delle presenze introdotti dal regolamento e la redazione di un report entro il 31 marzo dell'anno successivo, da parte del Direttore del Dipartimento del Farmaco, sugli incontri collegiali e sulla formazione sponsorizzata.

#### *Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero*

L'attività successiva al decesso è stata presa in considerazione sia nell'ambito delle Direzioni di Presidio Ospedaliero sia con il Dipartimento Infermieristico.

Le misure organizzative implementate, rafforzate negli anni, prevedono interventi in più direzioni in un settore delicato dell'attività svolta in particolare in ambito ospedaliero:

- espresso richiamo al rispetto dei Codici di Comportamento sia attraverso la frequenza ai corsi di formazione dedicati ai temi dell'etica e della legalità da parte dei Dipendenti addetti;
- affissione presso tutti i punti aziendali interessati dell'elenco delle Ditte di settore, in modo che la libera scelta possa avvenire in maniera imparziale e trasparente;
- è stata prevista ove possibile la rotazione degli stessi Dipendenti, con procedure a carattere generale e tenendo però conto che si tratta di qualifiche specifiche e quindi ove possibile si può soltanto valutare la mobilità territoriale.

Nella tabella relativa al Dipartimento Rete Ospedaliera è prevista la 'gestione del paziente deceduto in ospedale e rapporto con i familiari del defunto', con previsione della verifica orario del personale obitorio e rotazione;

Allo stesso modo nella tabella del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico è prevista l'area di rischio 'gestione salme e rapporti con i familiari dei defunti, con previsione di attivazione delle modalità organizzative per l'impiego del personale negli obitori; e nella tabella dello stesso Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico è prevista la rotazione del personale con applicazione del Regolamento Aziendale.

Per l'anno 2022 è altresì previsto l'aggiornamento dei documenti e delle procedure del sistema aziendale di prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, ed in particolare:

il Codice di Comportamento sulla base delle Linee Guida emanate da ANAC e degli indirizzi regionali, che ha consentito di integrare il testo attraverso il recepimento assunzione di comportamenti eco-responsabili, disposizioni relative all'uso degli strumenti web, disposizioni in materia di antiriciclaggio, Comitato unico di Garanzia aziendale in tema di trattamento e di opportunità tra donne e uomini da assicurare in tutti i campi, compresi quelli dell'occupazione, del lavoro e della retribuzione;

per la gestione della segnalazione di illeciti, il Regolamento aziendale è stato modificato a seguito delle Linee guida ANAC Delibera 469/2021 con le integrazioni relative ai soggetti destinatari delle tutele e complessivamente per quanto riguarda le modalità e i termini di gestione delle segnalazioni ed è previsto l'aggiornamento del sistema criptato;

conflitto di interesse: è in corso la valutazione anche nell'ambito del coordinamento regionale per l'adozione di apposito atto che regolamenti le modalità di gestione dei casi; mentre è già stato approvato Il Regolamento aziendale per la rotazione incarichi che definisce i casi, le modalità ed i

tempi della rotazione ordinaria indicando, ove non sia possibile applicare la misura per carenza di personale o per elevato contenuto tecnico, le scelte organizzative ovvero le altre misure di natura preventiva con effetto analogo si intende adottare.

### **Monitoraggio**

Il monitoraggio è a cadenza semestrale e prevede la verifica degli obiettivi assegnati alle strutture aziendali. Nell'ambito delle misure di attuazione sono previste verifiche periodiche nelle Aree in cui è più elevato il rischio, svolte in continuità con gli anni precedenti e rafforzate, ove possibile, a seguito del periodo di pandemia. Obblighi di informazione sono adempiuti attraverso l'apposito modello, validato dalla U.O. qualità e Accreditamento, con il quale viene realizzato un costante flusso informativo e consente la vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del Piano. Con riferimento alle attività a più alto rischio, a comportamenti scorretti e alla individuazione di conflitti di interesse sono previsti in particolare:

- per tutti i Direttori di Dipartimento, check list di monitoraggio delle azioni previste dal Piano (semestrale)
- per i Dirigenti e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, tempestiva comunicazione (entro 7 giorni) dell'avvio del procedimento disciplinare con le infrazioni contestate
- per il Direttore Dipartimento Affari Legali, tempestiva comunicazione dei procedimenti penali civili amministrativi contabili in cui l'Azienda sia parte in causa, inerenti gli aspetti della prevenzione della corruzione e della legalità.

A seguito delle verifiche sull'attuazione delle misure inserite nel Piano e della sua idoneità, i Responsabili PCT propongono le eventuali modifiche del Piano quando ne siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione aziendale ovvero nell'attività della stessa.

### **Sezione programma della trasparenza**

#### **1) Premessa : la trasparenza**

L'art. 1, comma 1, del D. Lgs. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", innova ed amplia il concetto di trasparenza nella pubblica amministrazione

**"La trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".**

L'attenzione, nella nuova accezione di cui al D.Lgs. 97/2016, si concentra dunque sulla accessibilità dei documenti, il cui strumento principe diviene l'"accesso civico generalizzato", parallelo al precedente "accesso semplice", ma ben più esteso e dunque esercitabile relativamente ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione. Questo diramarsi dei percorsi porta a due canali di informazione a disposizione dei cittadini:

- Il Portale della Trasparenza
- L'accesso civico che si realizza nei due rami dell'accesso semplice e dell'accesso civico generalizzato

**1.1 Il Portale della trasparenza** Il D.Lgs 97/2016 ha rivisto e riorganizzato gli obblighi di informazione oggetto di pubblicazione, semplificandoli in alcuni casi, ma allo stesso tempo impegnando le pubbliche amministrazioni, ed in particolare quelle operanti nell'ambito della sanità, ad una rappresentazione di dettaglio dei dati economici che getta piena luce sulle attività e sull'utilizzo delle risorse.

Le linee guida ANAC e la relativa griglia allegata, che sostituisce quella prevista dalla Delibera n. 50/2013, all'All. 1 Errata Corrige, tracciano il quadro di dettaglio dei nuovi obblighi informativi, fermo restando che ulteriori obblighi sono rinvenibili in successive leggi o normative di settore.

Sono pertanto presenti all'interno del Portale nuove sezioni o sottosezioni, originariamente non presenti nella griglia ANAC, quali: censimento autoveicoli, attività di risarcimento danni, dati relativi ai rapporti di finanziamento ad operatori sanitari ed al codice di trasparenza Efpia, dati relativi agli specialisti ambulatoriali, la cui pubblicazione è prevista nel relativo A.C.N. ed in ultimo le donazioni per l'Emergenza COVID.

**1.2 Accesso civico semplice** La possibilità di accedere a documenti, informazioni e dati oggetto di pubblicazione obbligatoria (articolo 5, comma 1, d. lgs. n. 33/2013) è garantita dalla legge. Chiunque può far valere questo diritto, richiedendo all'Amministrazione la pubblicazione dei dati mancanti. Il Diritto si esercita pertanto a semplice richiesta, ed in maniera assolutamente gratuita, al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Delle richieste di accesso semplice se ne fa riscontro nel Registro degli accessi.

**1.3 Accesso civico generalizzato** Le amministrazioni devono organizzarsi per rispondere all'accesso civico generalizzato. Tutti i documenti, le informazioni e i dati oggetto dell'attività delle pubbliche amministrazioni (tranne quelli che per le motivazioni espresse dalla stessa normativa possono essere sottratti all'accesso) sono pubblici e chiunque ha il diritto di conoscerli, di **fruirne gratuitamente e di utilizzarli e riutilizzarli.**

Ne consegue che, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, **ulteriori a quelli oggetto di pubblicazione, in modo assolutamente gratuito fatti salvi i costi di riproduzione.**

L'evoluzione normativa rappresentata dal D.Lgs 97/2016 sembra quindi tracciare un percorso di crescita della trasparenza, che continua a basare la propria ragion d'essere sulla generale necessità del perseguimento degli obiettivi di legalità, sviluppo della cultura dell'integrità ed etica pubblica, nonché di buona gestione delle risorse pubbliche, ma utilizzando forme di comunicazione sempre più concrete e mature.

L'attuale articolazione della trasparenza, con la rinnovata accessibilità a tutti gli atti e documenti della pubblica amministrazione, si pone ancora con maggior forza quale strumento principe per la prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni. In questo senso, è ben riconoscibile un legame di tipo funzionale tra la disciplina della trasparenza e quella del contrasto alla corruzione.

L'accesso generalizzato si delinea sempre più come autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3). In sostanza, come già evidenziato, essendo l'ordinamento ormai decisamente improntato ad una netta preferenza per la trasparenza dell'attività amministrativa, la conoscibilità generalizzata degli atti diviene la regola, temperata solo dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi (pubblici e privati) che possono essere lesi/pregiudicati dalla rivelazione di certe informazioni.

La disciplina dell'accesso deve pienamente contemperarsi con le esigenze di privacy. L'azione formativa già prevista nel paragrafo 11 in materia di pubblicazione, deve pertanto essere diffusamente rivolta anche a tutti gli operatori che gestiscono o possono gestire richieste di accesso generalizzato. Preme ricordare che l'Azienda si è dotata di apposito regolamento aziendale. L'istanza va presentata alla U.O.C. rapporti istituzionali che la assegna all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti.

La competenza a decidere se accogliere o meno la richiesta di accesso generalizzato è attribuita all'ufficio che detiene i dati o i documenti richiesti. Tuttavia, L'azienda USL ha stabilito che il supporto nell'esame e nelle decisioni in materia di accesso generalizzato sia in capo ad un unico ufficio (UOC Rapporti Istituzionali) che, ai fini istruttori, dialoga con gli uffici e le articolazioni aziendali che detengono i dati richiesti.

## **2) Campo di applicazione**

Il presente programma triennale per la trasparenza e l'integrità è applicato a tutte le Strutture organizzative dell'Azienda USL Toscana nord ovest.

## **3) Ambiente**

Il programma triennale della trasparenza, già sezione del **Piano triennale della prevenzione e corruzione che a sua volta, a partire dal corrente anno 2022, viene integrato nel PIAO.**

## **4) Aggiornamento e pubblicazione del piano**

Se con il D.Lgs. 97/2016 si è realizzata la piena integrazione tra il programma triennale della trasparenza e dell'integrità ed il Piano triennale di prevenzione della corruzione, con il presente piano si avvia l'importante percorso di integrazione in un documento di maggior respiro quale il PIAO.

Il presente piano costituisce pertanto ormai parte integrante del PIAO che viene adottato, per l'anno 2022, entro il 30 giugno. Il presente documento pertanto andrà a comporre la sottosezione "I Rischi corruttivi e trasparenza". Il documento completo sarà pubblicato sul sito istituzionale.

## **5) Obiettivi del programma della trasparenza**

Le azioni programmatiche del presente programma sono pensate in una logica di prevenzione della corruzione. In particolare la chiarezza e la completezza della pubblicazione dei dati costituiscono il primo pilastro per la costruzione di sistema di prevenzione, perché solo attraverso piena cognizione dei processi si può avere una concreta ed efficace consapevolezza dei rischi. La trasparenza pensata in un contesto di ampio respiro come il PIAO acquisisce un valore che supera il mero obbligo normativo, e diviene occasione di crescita per una organizzazione trasparente.

La pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico, possono dunque collocarsi in un'ottica di "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance.

Merita di essere sottolineato che l'attuazione della disciplina della trasparenza richiede un concorso di azioni positive consistenti non solo nell'immediata osservanza dei puntuali obblighi attualmente vigenti, ma in tutta una serie di attività e iniziative che favoriscano il radicarsi della cultura della legalità, e costituiscano strumento di programmazione e di miglioramento proiettato al recepimento ed alla soddisfazione delle esigenze dei cittadini.

Il presente programma è pensato e redatto nell'ottica della riforma organizzativa di cui alle L. R.T. 28/2015 e 52/2015 e L.R.T. 84/2015, al fine di garantire la continuità degli adempimenti normativi e di archiviazione dei dati di competenza delle confluite Aziende Sanitarie. Il complesso ed articolato percorso di unificazione di realtà aziendali diverse può dirsi ormai completato, anche se permangono, in particolare all'interno delle articolazioni territoriali aziendali, non omogenee modalità operative. La trasparenza dei procedimenti e dei processi vuole, nel rispetto delle peculiarità territoriali, favorire l'uniformità operativa al fine di rendere omogenei i flussi informativi.

La maggior parte degli obblighi di pubblicazione prevede la permanenza delle informazioni sul portale per cinque anni a partire dal primo giorno dell'anno successivo a quello della pubblicazione. Volge pertanto al termine l'obbligo di permanenza sul portale dei dati relativi alle confluite aziende, che vedevano sul portale spazi dedicati alle vecchie realtà territoriali. Permane l'obbligo della loro conservazione per renderli disponibili a richiesta.

Si evidenzia, come ogni anno, che la dimensione dell'organizzazione impone un costante e progressivo lavoro di informatizzazione dei flussi. Questa progettualità resta ancora per alcuni aspetti critica, ed è per questo che si conferma e si rinnova l'impegno per una sempre maggiore sensibilizzazione da parte dell'azienda su questi aspetti.

## 6) Principali novità del piano

Il presente programma 2022-2024 si propone di migliorare e completare i percorsi informativi, in una ottica di assoluta integrazione nell'ambito del PIAO ed intende cogliere le opportunità che il PNRR offre alle pubbliche amministrazioni, valorizzando ogni aspetto della crescita e dello sviluppo delle stesse, in un contesto di trasparenza ed eticità.

Si confermano molti obiettivi che nel periodo della pandemia hanno avuto uno sviluppo forzatamente condizionato dalla rarefazione delle relazioni sociali e dal ricorso, fino a pochi mesi fa massivo, allo smart working.

Nel programma della trasparenza dello scorso anno era riportato: "A fianco delle consolidate attività pur sempre svolte in un'ottica di costante miglioramento, si ritiene di poter riproporre l'avvio di nuovi percorsi, condividendo alcune iniziative con altri organismi aziendali. L'obiettivo è quello di ampliare la "visione" della trasparenza. E' necessario che la trasparenza assuma una dimensione "pervasiva" ed assolutamente trasversale. Il D.Lgs. 97/2016 ha dato atto della piena integrazione ed inscindibilità dell'azione di prevenzione della corruzione con quella della trasparenza, ma si ritiene che altri percorsi debbano compenetrarsi in un'unica visione allargata di amministrazione trasparente. Questa dimensione pervasiva della trasparenza appare confermata e rafforzata dal PIAO che disegna un nuovo progetto organizzativo (ed operativo) in cui si fondono le tematiche della performance, dello smart working e dell'anticorruzione. In tale contesto la trasparenza partecipa alla realizzazione di un contesto di eticità e legalità adeguato a gestire le sfidanti fasi del cambiamento. Si conferma pertanto l'ambizioso obiettivo cioè quello di "far vivere" la trasparenza con pienezza in ogni ambito dell'azienda.

A fianco delle consuete attività ed iniziative ormai consolidate, che si intendono confermate pur in un contesto continuo di miglioramento, il piano intende confermare l'apertura ad una serie di relazioni con altri organismi interni ed esterni, in un continuo scambio di valori e opportunità, finalizzato al consolidarsi della cultura della legalità.

## **7) AZIONI**

### **7.1. Le pubblicazioni: Manutenzione del portale**

La USL Toscana nord ovest ha provveduto nel corso del 2017 all'apertura di un nuovo specifico portale dedicato alla trasparenza, pertanto tutti i flussi della USL Toscana nordovest sono ivi disponibili e fruibili in forma unificata.

Si era reso necessario mantenere nel nuovo sito Aziendale la visibilità dei "vecchi" portali Aziendali delle singole aziende confluite, che se non più alimentabili, dovevano rimanere visibili e accessibili. Con il 1 gennaio sono spirati infine i termini delle pubblicazioni ancora allocate nei siti delle ex aziende confluite e pertanto, quale ultima fase si provvede alla rimozione degli ultimi contenuti per i quali sono decorsi i termini di pubblicazione nello scorso anno. Spetta pertanto ai Dirigenti titolari della funzione cui i dati si riferiscono confermare la necessità della rimozione integrale per decorrenza dei termini di pubblicazione di tali contenuti. Come previsto dalla normativa saranno sottratti alla pubblicazione, ma rimarranno disponibili per eventuali accessi. Le varie sezioni del portale avranno dunque una nuova versione "semplificata" che non darà più accesso ai portali delle ex aziende.

Il Responsabile della trasparenza e la struttura di supporto proseguiranno nell'azione di sensibilizzazione dei responsabili, nei confronti della decorrenza dei termini di pubblicazione perché la rimozione dal portale dei contenuti per i quali sono spirati i termini di pubblicazione costituisca costante impegno nel rispetto delle singole scadenze.

Proseguirà costantemente l'impegno per rendere sempre maggiormente e più facilmente reperibili le informazioni sul portale. In particolare all'interno delle singole pagine si proseguirà l'azione di riordino dei contenuti, attraverso modalità più immediate e dirette di reperimento dei documenti contenuti.

### **7.2 Le pubblicazioni: la manutenzione evolutiva**

Nell'intento di dare sempre maggiore apertura alle istanze del cittadino si potenzierà la possibilità di accesso alle informazioni in particolare per:

- Garantire l'applicazione e gli adempimenti previsti dalla normativa in materia ai sensi dell'art. 9 D.P.R. n. 75/2005 e dell'art. 9 D.L. n. 179/2012 Catalogo dati, metadati e relative banche dati in possesso delle amministrazioni e regolamenti che disciplinano l'esercizio dei dati Art. 52, c.1, d.lgs. 82/2005;
- Attuazione degli adempimenti in materia di trasparenza nel rispetto delle previsioni del DLgs 33/2013 e s.m.i., delibere ed indicazioni Anac e normative correlate che sanciscano disposizioni in materia;
- Implementazione automatica per i dati che le strutture devono caricare obbligatoriamente sul sito con l'interfaccia, ove possibile, con i gestionali aziendali già in uso es. gestionale della contabilità, gestionale del personale etc.;

### **7.3 Le pubblicazioni: informazioni da rendere accessibili, i responsabili dei dati, della trasmissione e della pubblicazione dei flussi**

La struttura del sito si conforma alla griglia pubblicata quale allegato delle linee guida sulla trasparenza e coerente con le modifiche apportate dal D.L.gs. 97/2016.

La Responsabilità della detenzione, trasmissione, pubblicazione e cancellazione dei dati è assegnata ai direttori di U.O. come individuati dai Responsabili di Dipartimento, Area, staff, Zona, ciascuno in funzione della propria competenza.

Ove i Responsabili di Dipartimento, Area, staff, Zona non provvedano formalmente, dandone comunicazione al Responsabile della trasparenza, a tale individuazione, la responsabilità rimane in capo ai medesimi.

La corretta, completa e tempestiva pubblicazione e aggiornamento dei dati viene svolta direttamente dal titolare responsabile del dato e della pubblicazione che viene dotato di password di accesso al portale della trasparenza per l'alimentazione e pubblicazione diretta sul sito.

Viene allegata al presente programma, quale parte integrante, la tabella aggiornata con l'indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili della detenzione, trasmissione, pubblicazione, cancellazione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o elaborazione dei dati, cui spetta anche l'obbligo di pubblicazione. A tal fine ciascun responsabile viene dotato di password per l'alimentazione diretta del portale della trasparenza per la parte di propria competenza.

I Responsabili individuati nell'allegata tabella (o in mancanza i Responsabili dipartimento/ area/ staff/ Zona) sono nominati e/o confermati, con l'approvazione del presente programma, quali responsabili dei dati, dei flussi e della trasmissione/ pubblicazione/ aggiornamento/ cancellazione secondo le competenze connesse al proprio incarico.

Stante la complessità dell'azienda, la fluidità delle competenze relativa ai processi di riorganizzazione tuttora in corso, nonché il carattere evolutivo della normativa sulla trasparenza, per tutti gli obblighi informativi comunque previsti dalla vigente normativa, od eventualmente istituiti successivamente alla stesura del presente programma, i Dirigenti responsabili e titolari del dato sono considerati direttamente responsabili anche della gestione, trasmissione, pubblicazione, aggiornamento e rimozione dei flussi informativi. Ove, per la generalità dell'adempimento od in mancanza di soggetto titolare, al momento della stesura del presente programma, non è stato ancora possibile individuare un soggetto fisico preposto, viene individuata la struttura competente. In caso di cessazione del titolare l'obbligo si trasferisce direttamente, senza necessità di atti integrativi, sul nuovo titolare o sul f.f. I Responsabili sono titolari dell'obbligo informativo dei dati di propria competenza e ne garantiscono la completezza, esattezza, tempestività e regolare disponibilità; verificano inoltre che le informazioni ed i flussi di loro competenza rispettino la vigente normativa in tema di privacy. La pubblicazione dei flussi è di diretta competenza dei Responsabili dei dati, che hanno accesso diretto al portale con credenziali che autorizzano l'inserimento e la modifica delle informazioni.

#### **7.4. Le pubblicazioni: Trasparenza e Privacy**

Nel triennio di riferimento proseguirà l'azione di sensibilizzazione sul rispetto della privacy, attraverso una costante azione formativa. I momenti formativi, gli audit ed anche gli incontri per la mappatura del rischio sono e saranno occasione per affrontare la delicata questione del rapporto tra trasparenza e privacy, in particolare contestualizzata nell'ambito del Regolamento (UE) 2016/679. E' prioritaria in tal senso la già sperimentata e apprezzata collaborazione con il Data Manager Aziendale.

#### **7.5 Le pubblicazioni: Informatizzazione dei flussi**

Tenuto conto delle importanti dimensioni della nuova azienda, l'informatizzazione dei flussi deve costituire il principale obiettivo del prossimo triennio. Nel precedente programma erano stati fissati alcuni obiettivi che si confermano nel presente piano:

**Organigramma aziendale:** è uno strumento informatico gestito direttamente dall'Ufficio Personale che permette di far conoscere nel dettaglio l'organizzazione dell'Azienda in tutte le proprie strutture, ospedaliere, territoriali e di prevenzione

**Liste di attesa:** si è proceduto inizialmente con una standardizzazione delle informazioni e con la definizione di un format per comunicare dati complessi come quelli inerenti le liste di attesa; nel corso del triennio I lavoro per rendere pubbliche tutte le liste di attesa per le prestazioni aziendali sarà completato

#### **Gare e contratti in corso di espletamento:**

L'adempimento di cui alla L. 190/2012 si rileva particolarmente gravoso in una azienda delle dimensioni della ASL Toscana nord ovest. L'Azienda, coerentemente alle indicazioni del gruppo regionale dei responsabili della PCT, si avvale dell'applicativo SITAT 190 per l'assolvimento dell'obbligo di cui alla L. 190/2012 in collaborazione con l'Osservatorio Regionale dei contratti della Regione Toscana. Si consolida pertanto l'utilizzo di uno strumento dedicato alle pubblicazioni di cui alla L. 190/2012, implementato precedentemente solo in via sperimentale che rende disponibile una reportistica che incrocia in maniera informatizzata i dati del SW contabile lato CE4 con quelli lato magazzino GE4. Il risultato è un file riepilogativo dei CIG da pubblicare nel 190 con le informazioni anagrafiche necessarie e con il dato complessivo dell'importo per CIG.

Si conferma anche per il 2022–2024 l'individuazione, per ciascuna struttura interna soggetta all'obbligo di pubblicazione, di un referente. Nel corso degli anni si è rilevata infatti una criticità nella diffusione delle informazioni tra tutti gli operatori. L'attività di questo gruppo di lavoro è mirata a facilitare i rapporti con le singole strutture e a permettere un approccio diretto alle problematiche inerenti la pubblicazione. Nell'ambito della sezione dedicata all'informatizzazione preme segnalare:

- il progetto sui CUP, per il positivo impatto sia sulla gestione delle prenotazioni e dell'erogato e dunque delle liste di attesa
- il progetto di attivazione strumenti upload e conservazione legale per il positivo impatto sulla gestione dei documenti digitali e loro conservazione
- l'ambito Amministrativo-contabile con gli importanti riflessi sulla trasparenza nei pagamenti (pago PA) sulla gestione delle trasferte, sulla gestione delle selezioni interne.

#### **8) Diffusione della cultura della trasparenza**

Fermo restando l'impegno profuso per la corretta gestione degli obblighi informativi da una parte e dell'accesso generalizzato dall'altra, l'Azienda ritiene di proporre ulteriori azioni che favoriscano la diffusione della cultura della trasparenza, nella piena e condivisa consapevolezza che la trasparenza non si esaurisce nell'accesso e nella corretta tenuta del portale, ma deve divenire un elemento condiviso e diffuso, non solo tra i dipendenti dell'Azienda USL Toscana nordovest, ma anche tra tutti i soggetti che operano con e per l'azienda. Nel corso del triennio 2022/2024 dovrà proseguire l'attività formativa volta:

1) alla **piena applicazione della disciplina sulla pubblicazione dei dati e dei flussi**, coinvolgendo i soggetti più direttamente interessati alla pubblicazione.

2) **Rafforzamento della "cultura della trasparenza"**, focalizzando quindi l'attenzione su un rinnovato ed allargato concetto di prevenzione della corruzione .

3) **La programmazione formativa** si arricchirà di eventi orientati a valorizzare la funzione della trasparenza nell'ambito del **PIAO**

**9) Conflitto di interessi:** Proseguirà nel corso del prossimo triennio la realizzazione di una serie di eventi formativi dedicati al conflitto di interessi

L'azione formativa intende focalizzare l'attenzione sia sugli aspetti formali (modalità di formulazione delle dichiarazioni, modulistica ecc. ) sia su quelli sostanziali, esplicitando ad una platea di dirigenti e funzionari l'estensione del concetto e l'importanza dell'individuazione di tutte le situazioni, anche



potenziali di conflitto. Il concetto di interesse, anche potenziale, deve pertanto essere sviluppato non solo a livello di dirigenza, ma anche in un collaborativo confronto con tutti i soggetti che, a diverso titolo ed a vario livello di responsabilità, si trovano a gestire ogni giorno le varie attività dell'Azienda.

Il conflitto di interessi è stato declinato nell'ambito delle misure di trasparenza negli obiettivi di molteplici strutture. L'obiettivo è quello di richiamare continuamente, ed in ogni fase di procedimento, l'attenzione sui possibili, ed anche solo potenziali conflitti di interesse. L'evidenza nei verbali e negli atti dell'avvenuta valutazione della presenza di conflitto di interessi sia attuale che potenziale, vuole forzare l'attenzione di ogni soggetto sulla tematica, imponendo una riflessione diffusa ed allargata su tutte le fasi del procedimento e per tutti i partecipanti ad esso.

## **10 ) Vivere la trasparenza**

### **10.1 Vivere la trasparenza in azienda**

Si conferma una progettualità già presentata nel piano 2020-2022 ma che ha trovato solo parziale espressione del corso del 2020 e del 2021 a causa della limitazione dei contatti. Nel corso di validità del presente programma si intende ampliare l'apertura ad una serie di interrelazioni con plurimi organismi aziendali. Aprire la trasparenza a questi organismi, e condividere con essi momenti di confronto e proposte di miglioramento, consente di rendere viva l'azione della trasparenza, superandone il concetto statico di "pubblicazione di dati". In particolare:

#### **Il Comitato di partecipazione**

E' impegno del responsabile della trasparenza favorire e ricercare i momenti di incontro e condivisione con gli stakeholders interni ed esterni. Si ritiene pertanto di favorire una collaborazione con il Comitato di partecipazione dell'azienda USL Toscana nord ovest.

#### **Il C. U.G. (Comitato Unico di Garanzia)**

La corruzione, a tutti i livelli, trova un terreno maggiormente fertile là dove convivono situazioni di malessere, mancato riconoscimento del merito, demotivazione, poca trasparenza e discriminazioni. In tale contesto il CUG può assumere un ruolo nel complesso sistema del contrasto alla corruzione all'interno delle Amministrazioni pubbliche e nei rapporti che queste instaurano con l'esterno, siano esse altre amministrazioni pubbliche, aziende private e utenza. Infatti, il CUG proprio in quanto soggetto promotore di un'efficace cultura dell'etica, della trasparenza, della valorizzazione del merito, del contrasto alle discriminazioni, può (e deve) avere un ruolo nella prevenzione della corruzione.

Nel triennio di riferimento si intende condividere con il CUG aziendale percorsi di sensibilizzazione alle tematiche della trasparenza, con particolare riferimento alla "Trasparenza di genere". Se il bilancio di genere deve essere parte integrante della performance aziendale appare evidente che la trasparenza ne deve essere un importante strumento di conoscenza e condivisione. Appare importante esplicitare il nesso profondo tra trasparenza ed azioni di contrasto alle discriminazioni; la Giornata della trasparenza sarà una occasione per rappresentare l'importanza di una sinergia in materia

### **10.2 Giornata della trasparenza**

Per il triennio considerato, l'Azienda prevede di dedicare un apposito spazio, preferibilmente nell'ambito della conferenza dei servizi, alle tematiche della trasparenza, legalità, anticorruzione, integrità. La scelta preferenziale di inserire le giornate della trasparenza nell'ambito della conferenza dei servizi, permette di rivolgersi di una platea selezionata e certamente coinvolta nella problematica per il proprio ruolo istituzionale. Nel corso di tali occasioni, a cadenza annuale, verranno presentate

le misure adottate dall'Azienda a favore della trasparenza e della legalità e lo stato di attuazione del piano, nonché la relazione sulla performance.

Le Giornate della Trasparenza, che auspicano il coinvolgimento degli stakeholders interni ed esterni, si propongono anche come momenti di confronto e di ascolto per individuare le informazioni di concreto interesse per gli utenti e migliorare la qualità dei servizi. Tali momenti di condivisione mirano ad allargare il coinvolgimento di tutti i soggetti pubblici, perché il valore della trasparenza ed integrità sia sempre più partecipato e vissuto come elemento guida nei processi e nelle attività di ciascuno.

### **10.3 Uso corretto degli strumenti web**

Nella piena consapevolezza che l'uso di strumenti web è ampiamente diffuso tra i dipendenti, e che pertanto costituisce una importante modalità di comunicazione spesso informale, ma talvolta anche ufficiale, si ritiene necessario un approfondimento circa le modalità con cui questa forma di comunicazione ed informazione viene utilizzata. La funzione della trasparenza favorirà la diffusione del Codice di Comportamento aggiornato, favorendo quindi la diffusione delle informazioni su un corretto utilizzo dei social in relazione all'attività lavorativa.

### **10.4) Trasparenza e qualità**

L'Azienda USL Toscana nord ovest è impegnata da tempo in un percorso di qualità che valorizza la funzione di Internal Auditing, volta a verificare il grado di applicazione dell'insieme di procedure, regolamenti e norme (di fonte esterna ed interna) che le strutture sono tenute ad osservare, condividendo con le strutture stesse e con la direzione le aree di criticità e miglioramento.

L'internal auditing è dunque una funzione di controllo aziendale che ha lo scopo di supportare l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico volto a identificare, monitorare e migliorare il sistema qualità, inteso come complessivo ed organico sistema di gestione aziendale, adottato dalla Direzione Aziendale.

La partecipazione del supporto giuridico della trasparenza e della prevenzione della corruzione agli Audit intende rendere dunque sistematico il controllo sulla corretta applicazione delle norme in materia di trasparenza e anticorruzione, consentendo di intercettare le possibili criticità e favorendone le soluzioni. Tale partecipazione, garantita da un componente del team, intercetta una pluralità di processi e procedimenti e ne permette una dettagliata analisi nei particolari, in un contesto di miglioramento continuo della qualità

Nel corso del presente programma si è ritenuto, anche nell'ambito della certificazione delle procedure di qualità, di superare il dualismo anticorruzione e trasparenza. E' pertanto in fase di completamento la riscrittura e certificazione di una unica procedura che valorizzi l'unicità di intenti.

### **12) Obiettivo trasparenza**

Proseguirà nel triennio oggetto del presente piano la sinergia tra la Direzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, e le varie figure apicali aziendali perché vengano definiti e perfezionati nell'ambito delle singole strutture gli obiettivi di budget dedicati alla trasparenza e prevenzione della corruzione. Si intende pervenire ad un progressivo affinamento degli obiettivi che da generali diverranno sempre più mirati e dunque monitorabili e misurabili.

Si conferma l'inserimento all'interno della mappatura dei rischi della sezione appositamente dedicata alle misure di trasparenza. Gli obiettivi di trasparenza sono specificatamente declinati nella mappatura anche al fine di darne specifico dettaglio nell'ambito della annuale. (Le misure sono riportate nell'allegato parte integrante della mappatura, nella specifica colonna alla quale si rinvia).

### **13) i Focus**

Convinti della necessità di approfondimenti per i ciascun ambito di attività, ma consapevoli anche che la dimensione aziendale rende tale compito assolutamente arduo, anche in relazione alle risorse disponibili, si condivide con il Responsabile della prevenzione della corruzione la necessità di affrontare attraverso "FOCUS" specifici le problematiche dei singoli ambiti di attività. Si ripropongono per l'anno 2022 -2024, registrando uno slittamento della tempistica a causa dell'emergenza, i focus già identificati:

1) le Zone e le Società della salute (meglio i rapporti delle società della salute con l'Azienda quali principali destinatari di tali analisi, in quanto la complessità e la pluralità di percorsi e processi che investono tali ambiti richiede un peculiare approfondimento). In particolare saranno analizzati:

- il rapporto tra la pubblicazione dei dati sui portali delle società della salute e la pubblicazione dei dati aziendali

- i contributi e i vantaggi economici erogati. In tale ambito si intendono rafforzare gli obiettivi di trasparenza evidenziando ai vari responsabili le novità introdotte dalla recente deliberazione anac n. 468 del 16 giugno 2021. Si ritiene di assegnare obiettivi specifici di approfondimento della tematica, supportati da una azione formativa dedicata.

- la regolamentazione delle erogazioni e la pubblicazione dei criteri

- i contributi sociali

2) Si conferma l'individuazione del Dipartimento di prevenzione come ulteriore ambito di approfondimento, la cui tempistica deve tuttavia essere resa compatibile con l'eccezionale impegno che sostiene il dipartimento in costanza di emergenza COVID.

### **14) Il Monitoraggio**

E' stato avviato come previsto nel Piano 2020-2022, e proseguirà nel presente triennio un programma di monitoraggio degli obiettivi e degli obblighi di pubblicazione. Tale obiettivo si realizza anche attraverso la diffusione a livello di tutti i Dipartimenti aziendali destinatari degli adempimenti in materia di una Check list a cadenza semestrale, finalizzata a monitorare e certificare periodicamente lo stato delle pubblicazioni e l'avanzamento degli obiettivi dedicati alla trasparenza. Unitamente ai controlli effettuati sul portale tale strumento si ripromette di favorire l'intercettazione di eventuali criticità, mantenendo costante e diretto il rapporto con la struttura deputata alla trasparenza.

## ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### Struttura organizzativa

Di seguito è descritta la dimensione dell'**assetto organizzativo** aziendale, che comprende l'organigramma, cioè l'individuazione dei centri di responsabilità a cui attribuire e declinare gli obiettivi per l'attuazione degli indirizzi strategici individuati nel triennio di riferimento.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Direttore dei Servizi Sociali, i Direttori di Zona-Distretto, il Direttore della Rete Ospedaliera compongono la **Direzione Aziendale**. L'Azienda garantisce lo svolgimento dei suoi compiti istituzionali attraverso **strutture organizzative professionali e funzionali**, individuate tenendo presente le norme generali di organizzazione e del necessario collegamento tra assistenza ospedaliera e territoriale, tra assistenza sanitaria e sociale. Le **strutture organizzative professionali** sono strutture **mono-professionali** che si identificano nelle Aree Omogenee dipartimentali e nelle Reti professionali. Le **strutture organizzative funzionali** sono l'insieme di **più funzioni operative** appartenenti a settori omogenei di attività.

**L'organizzazione funzionale** è articolata in:

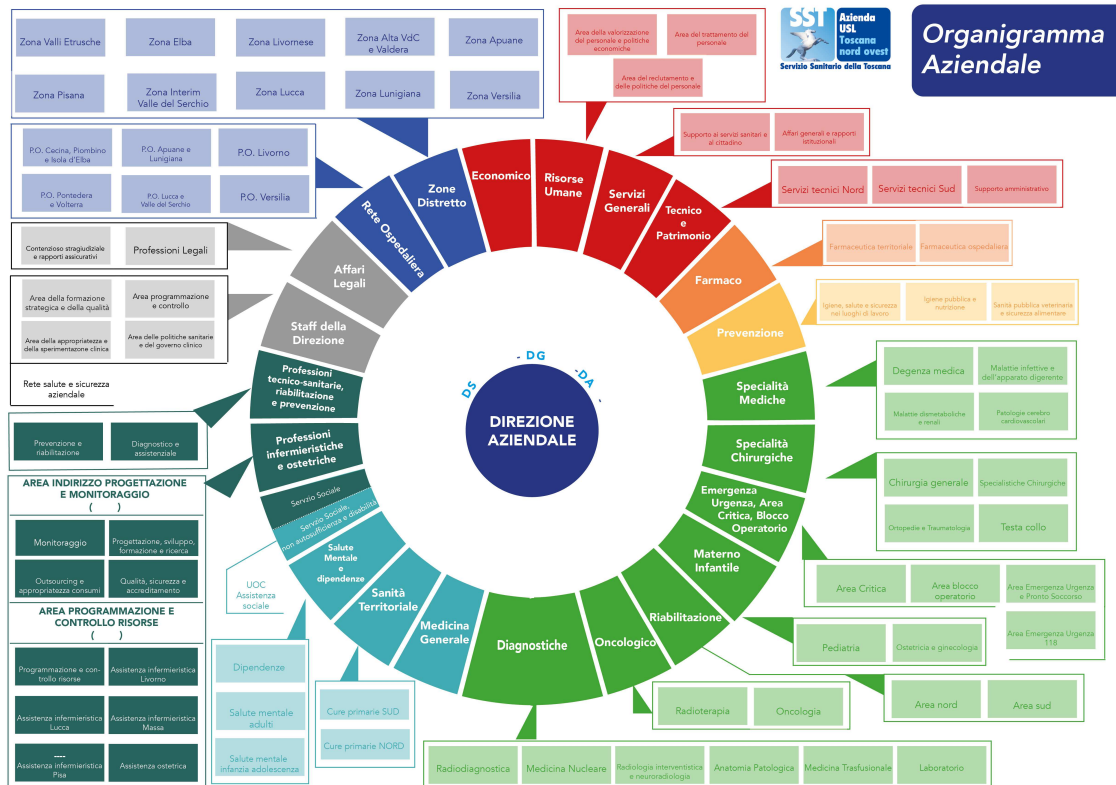
- *Zone-distretto e/o SdS*
- *Rete ospedaliera e presidi ospedalieri*
- *Dipartimenti assistenziali, tecnico -amministrativi, di staff e professionali*
- *Aree omogenee*
- *Unità funzionali territoriali*

**L'organizzazione professionale** è articolata in:

- *Strutture Operative Complesse*
- *Strutture Operative Semplici, anche autonome (dipartimentali)*
- *Sezioni ed Uffici, per le attività sanitarie e per quelle tecnico amministrative e professionali*
- *Incarichi professionali dirigenziali*
- *Incarichi funzionali gestionali e professionali del personale del comparto*

In azienda sono presenti 16 dipartimenti a vocazione sanitaria, assistenziale e socio assistenziale per ospedali e territorio, 10 zone distretto, 6 dipartimenti della struttura tecnico organizzativa e una rete della sicurezza aziendale e della medicina preventiva. L' Azienda nello specifico ha adottato il seguente modello organizzativo: nell'ambito dei dipartimenti assistenziali sono stati costituiti **sette dipartimenti ospedalieri** (*emergenza ed urgenza, area critica e blocco operatorio; specialità chirurgiche; specialità mediche; materno infantile; riabilitazione; oncologico; diagnostiche*), **tre dipartimenti territoriali** (*servizio sociale, non autosufficienza e disabilità; salute mentale e dipendenze; sanità territoriale*), a cui si aggiungono il **dipartimento della prevenzione, il dipartimento del farmaco, il dipartimento di medicina generale, i dipartimenti delle professioni** (*infermieristiche ostetriche; tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione*). I suddetti dipartimenti hanno carattere tecnico – professionale in materia clinico organizzativa e gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate, per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, con il compito di sviluppare il governo clinico nei percorsi assistenziali in sinergia fra quelli ospedalieri e territoriali. Tutte le altre strutture, sia quelle di consulenza e di supporto alla direzione, sia quelle per lo svolgimento delle funzioni amministrative e tecniche, sono state riorganizzate nelle seguenti strutture funzionali unificate di livello apicale: **Staff della Direzione; Dipartimento Affari Legali; Dipartimento Economico; Dipartimento Risorse Umane, Dipartimento Servizi Generali; Dipartimento Tecnico e del Patrimonio**.

A seguire si rappresenta l'organigramma aziendale:



A livello aziendale sono presenti totalmente 267 strutture complesse, 59 strutture semplici dipartimentali e 245 strutture semplici. Le fasce di graduazione per le posizioni dirigenziali sono:

- A) direttore di dipartimento (22.000-24.000)
- B) direttore di area dipartimentale (15.500-17.500)
- C) direttore di struttura complessa (27.000-18.000)
- E) responsabile di struttura semplice dipartimentale (16478-19.000)
- F) responsabile di struttura semplice (8.000-15.442)
- G) dirigente con incarico di altissima specializzazione. dip. o di strutt. complessa (16.478-19.000)
- H) dirigente con incarico di alta specializzazione (10.000 -15442)
- I) dirigente con incarico di studio consulenza e ricerca (5.500-10.000)
- L) dirigente con incarico di base (1500-4.000)

Gli incarichi del comparto ( incarichi funzionali) previsti nella organizzazione sono così determinati:

DIPARTIMENTO	NR. INCARICHI FUNZIONALI
DIREZIONE GENERALE	4
RETE DELLA SALUTE E SICUREZZA AZIENDALE	3
STAFF DIREZIONE	40
DIPARTIMENTO AFFARI LEGALI	10
DIPARTIMENTO ECONOMICO	26
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE	27
DIPARTIMENTO SERVIZI GENERALI	48
DIPARTIMENTO TECNICO E DEL PATRIMONIO	25
DIPARTIMENTO DEL SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA'	5
ZONE PARTE AMMINISTRATIVA	59
ZONE PARTE SOCIALE	
DIP.PROFESSIONI INF.CHE ED OSTETRICHE	346
DIP. PROFESSIONI TECNICO SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE	161
<b>TOTALI</b>	<b>754</b>

Di seguito si mostra inoltre la distribuzione degli incarichi funzionali per graduazione economica:

NR. INCARICHI FUNZIONALI	GRADUAZIONE
10	2.800
105	3.099
253	3.200
31	3.500
41	4.132
54	5.200
67	6.200
44	7.250
34	8.270
57	9.296
43	10.000
12	11.000
3	12.000

## Organizzazione del lavoro agile

### □ **le condizionalità e i fattori abilitanti (misure organizzative, piattaforme tecnologiche, competenze professionali)**

Per smart working, si intende una modalità lavorativa di rapporto di lavoro subordinato in cui c'è un'assenza di vincoli a livello di orario e di spazio. L'organizzazione avviene per fasi, cicli e obiettivi ed è stabilita con un accordo tra dipendente e datore di lavoro. L'obiettivo è quello migliorare produttività del lavoratore grazie alla conciliazione dei tempi di vita e lavoro. Il telelavoro è caratterizzato da orari rigidi, tendenzialmente gli stessi del personale in azienda con le stesse mansioni, postazione fissa in un luogo diverso da quello della sede dall'Azienda. Per entrambi gli istituti i principi fondamentali sono:

a) l'invarianza dei servizi resi all'utenza; b) l'adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza; c) l'adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile; d) la necessità, per l'amministrazione, della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato; e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore; f) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti; g) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario; h) il dovere di fornire al lavoratore idonea dotazione tecnologica, che garantisca la sicurezza e il divieto di ricorso all'utenza personale o domestica del dipendente, salvo i casi preventivamente verificati e autorizzati ( smart working).

L'Azienda tramite le proprie articolazioni aziendali (Dipartimenti e unità operative complesse) ha proceduto ad una mappatura delle attività "smartizzabili" che hanno la caratteristica di essere in massima parte asincrone rispetto alle attività svolte in ufficio. Successivamente ha assegnato il personale a tali attività e tramite specifici bandi ha raccolto le manifestazioni di interesse dei dipendenti intenzionati ad attivare la modalità di Lavoro agile. L'azienda ha implementato forma di collaborazione tra i dipendenti a distanza sia attraverso procedure già esistenti (piattaforme di lavoro) sia attraverso la condivisione di cartelle di lavoro.

Nel corso del mese di novembre 2021 l'azienda ha organizzato un corso di change management per implementare le competenze gestionali (delega, capacità di lavorare per obiettivi, etc.) rivolto ai direttori e al personale del comparto con incarico funzionale che gestirà personale in lavoro agile. Nel corso del 2022 verrà organizzato un corso specifico per i dipendenti che accedono alla modalità di lavoro agile per sviluppare non solo competenze informatiche ma anche competenze in materia di tensione al risultato, autonomia decisione con la specifica finalità di modificare il concetto passando dalla prestazione al lavoro per obiettivi.

□ **gli obiettivi all'interno dell'amministrazione, con specifico riferimento ai sistemi di misurazione della performance;**

Il sistema di valutazione aziendale GO! già prevede nella sua nuova veste l'attribuzione di obiettivi per tutto il personale del comparto e della dirigenza sia nella dimensione collettiva (obiettivi di budget) sia nella sua dimensione individuale (obiettivi individuali orientati sui livelli di responsabilità)

- Obiettivo di orientamento tecnico professionale
- Obiettivo Orientamento relazionale
- Obiettivo educativo / formativo
- Obiettivo di qualità
- Obiettivo strategico
- Obiettivo aziendale

□ **i contributi al miglioramento delle performance, in termini di efficienza e di efficacia (es. qualità percepita del lavoro agile; riduzione delle assenze, customer/user satisfaction per servizi campione).**

## Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP), previsto dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, così come novellato dal d.lgs n. 75 del 2017, è lo strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance dell'Azienda in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e di assicurare il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Il PTFP è definito in coerenza dell'attività di programmazione complessivamente intesa sia come documento che si pone alla base delle regole costituzionali di buona amministrazione, sia come strumento imprescindibile di un'organizzazione chiamata a garantire il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese. Nella predisposizione del PTFP l'Azienda deve rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance, che a loro volta sono articolati, ai sensi dell'art. 5, comma 1 del decreto legislativo d.lgs n. 150 del 2009 in "obiettivi generali", che identificano le priorità strategiche in relazione alle attività e ai servizi erogati e agli "obiettivi specifici".





In relazione, è dunque opportuno valutare le proprie azioni sulla base dei seguenti fattori:

- capacità assunzionale calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa che gli Enti del Servizio Sanitario concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, garantendo che la spesa del personale resta quella stabilita dal D.L. 35/2019 (c.d. Calabria), ma la percentuale da utilizzare come parametro di calcolo per l'incremento annuo aumenta strutturalmente dal 5 al 10%. In sintesi: la spesa del personale non può superare il valore della spesa sostenuta nel 2018 (oppure, se più elevata, quella del 2004 - 1,4%), incrementata annualmente a livello regionale di un importo pari al 10% del Fondo Sanitario Regionale rispetto all'esercizio precedente.
- valutare il trend delle cessazioni sia per quanto riguarda i pensionamenti che le cessazioni volontarie;
- l'evoluzione dei bisogni assunzionali legati sia alla digitalizzazione dei processi che all'inserimento di personale qualificato;
- l'attivazione e l'importanza della Employee Onboarding Experience, cioè introdurre i nuovi assunti e spiegare loro tutte quelle che sono le loro responsabilità, nonché cosa l'Azienda si aspetta e aspetterà da loro, creando un percorso di inserimento chiaro e trasparente in modo di mantenere alto il livello di entusiasmo e produttività;
- la corretta programmazione delle risorse consente ai responsabili di pianificare la delega delle attività tenendo conto delle competenze, della disponibilità e della capacità dei dipendenti e la corretta pianificazione evita l'assunzione di nuovi talenti inutilmente, concentrandosi invece sull'utilizzo ottimale del capitale umano disponibile;
- l'Azienda ritiene strategico investire sul proprio personale sia nella direzione di potenziamento delle risorse e della loro qualificazione sia affinché possa essere accresciuto il livello di benessere organizzativo.
- l'introduzione del lavoro flessibile durante la fase emergenziale ha portato, tra i benefici, la riduzione del turnover, un netto miglioramento dell'equilibrio tra vita professionale e privata ed infine il mantenimento della performance.

Altresì, ma non meno importante, l'intero sistema di gestione e sviluppo delle risorse umane è volto al miglioramento della qualità dei servizi e alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito mediante azioni incentrate sul cambiamento organizzativo e culturale post emergenziale, nonché mediante il rafforzamento di politiche di benessere organizzativo, di conciliazione vita lavoro e di welfare aziendale.

Tra i diversi obiettivi l'Azienda persegue quello di trasformazione dell'allocazione delle risorse: un'allocazione del personale che adesso segue le priorità strategiche e un'analisi della situazione esistente "per competenze", invece di essere ancorata all'allocazione storica. Non più una programmazione delle assunzioni che si riduce ad una mera pianificazione di sostituzione del personale che cessa dal servizio, ma una programmazione misurata in termini di:

- modifica della distribuzione del personale dalle strutture ospedaliere alle territoriali, tra i dipartimenti ed aree nonché tra i settori e uffici, valorizzando il capitale umano e la crescita professionale;
- necessaria proattività che faccia divenire protagonisti i lavoratori;

L'azienda mette in atto alcune strategie di azioni di reclutamento di personale per la copertura del reale fabbisogno anche tramite politiche attive di acquisizione delle competenze necessarie:

- è stato dato impulso alle esigenze del personale di poter operare in ambiti più confacenti alla propria formazione culturale e professionale nonché alla propria situazione familiare, con ciò operando una sintesi tra esigenze di miglioramento dei servizi ed esigenze del singolo attraverso processi di mobilità interna, ancora in atto.

- é stata prevista una riqualificazione del personale mediante meccanismi di progressione verticale;
- è adottata la strategia di job enlargement per interessare, motivare e coinvolgere il personale attraverso la progettazione delle funzioni che puntano su un ampliamento delle stesse;
- sono applicate le mobilità in/out, le assegnazioni temporanee in/out, le mobilità a compensazione nonché i comandi ed i distacchi in/out;
- tra le scelte da operare rispetto al reclutamento sono previste selezioni per coperture temporanee/supplenze, concorsi e procedure di “stabilizzazione” previste dal D.Lgs 75/2017 dall’ art. 1 comma 268 della L. 234 del 31/12/2021;

Nelle more della definizione degli indirizzi regionali per il prossimo triennio, si pubblica nell’Allegato 4 l’ultimo PTFP 2020-2022, approvato con delibera del Direttore Generale n.1 del 5 gennaio 2021.

## Formazione del personale

Le politiche di sviluppo del capitale umano descritte nei paragrafi precedenti si completano e trovano un collante nelle strategie aziendali per la formazione continua del personale.

Tali strategie, già richiamate nel paragrafo 2, sono in particolare tese a rendere coerente la formazione erogata con la pianificazione aziendale, consentendo ai Dipartimenti di assumere piena responsabilità nella individuazione di quali sono (nella propria filiera professionale e produttiva) le competenze tecniche e trasversali da sviluppare.

Oltre alla progettualità dei Dipartimenti l’Azienda porta avanti, nella pianificazione formativa, anche delle priorità di livello trasversale che riguardano nel presente periodo, in particolare;

- le competenze tecniche e non tecniche, a tutti i livelli, per la prevenzione e la gestione delle infezioni e per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure
- le competenze di relazione, di networking, di comunicazione e di lavoro di squadra
- le competenze necessarie per conoscere, rappresentare e migliorare i processi produttivi ed i percorsi assistenziali

Le risorse disponibili ai fini della attuazione delle strategie formative sono le risorse economiche che annualmente l’Azienda impegna nel proprio bilancio a favore della formazione e dell’aggiornamento professionale (circa 1,5 Milioni/anno), le risorse umane date dalla rete degli Uffici Formazione (circa 25 professionisti) e degli Animatori di Formazione (circa 150 professionisti) che assicurano il supporto nella rilevazione dei bisogni e nella attuazione degli Eventi e le risorse impiantistiche e tecnologiche che consentono l’erogazione della formazione (sedi, aule, piattaforme di e-learning, centri di simulazione con relative attrezzature).

Nel rispetto delle norme vigenti riguardanti il settore della formazione sponsorizzata l’Azienda attinge inoltre alle possibilità date da Ditte private di sostenere formazione specialistica.

L’Azienda mette in atto politiche attive per consentire la piena partecipazione dei dipendenti agli eventi formativi collettivi di proprio interesse; inoltre ha in atto delle misure ulteriori che consentono, attraverso procedure trasparenti e normate e nel contesto delle politiche aziendali (es. diritto allo studio), l’accesso a percorsi di formazione individuale (sia obbligatori che facoltativi) che possano ulteriormente qualificare il proprio capitale umano

## MONITORAGGIO

La presente sezione indica lo strumento di monitoraggio del Piano, incluso le valutazioni degli utenti. Lo strumento è stato strutturato in coerenza con la programmazione aziendale e la definizione degli obiettivi individuati nella sezione 1. Il sistema di monitoraggio riporta:

**Gli obiettivi generali:** sono rappresentati negli 8 punti della sezione 1 del documento

**Gli obiettivi specifici:** gli obiettivi generali possono essere articolati in diversi obiettivi specifici, anch'essi definiti in coerenza con quanto esposto nella prima sezione del documento

**Gli indicatori di monitoraggio:** possono essere di processo o di risultato, il più possibile numerici e misurabili. Per ogni indicatore è riportato il punto di partenza, ovvero l'ultimo dato disponibile, e l'obiettivo da raggiungere nel triennio di riferimento

Il sistema di monitoraggio, con gli obiettivi da raggiungere e il set di indicatori monitorati è dettagliato nell'allegato 2.

## ALLEGATI

Allegato 1: personale per ruolo e genere

Allegato 2: sistema di monitoraggio del PIAO

Allegato 3: obblighi di pubblicazione e mappatura processi\_anticorruzione e trasparenza

Allegato 4: Piano triennale del fabbisogno di personale 2020-2022

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GABRIELE MOROTTI

DATA FIRMA: 14/06/2022 15:40:45

IMPRONTA: 63383430346262333232306139623332303932323236653736646338333832633438616563373364