



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

2022-2024

INDICE

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | PREMESSA | 3 |
| 2 | SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE | 3 |
| 2.1 | CHI SIAMO..... | 3 |
| 2.2 | COSA FACCIAMO..... | 5 |
| 2.3 | COME OPERIAMO..... | 5 |
| 2.4 | L'AZIENDA IN CIFRE..... | 6 |
| 3 | VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | 13 |
| 3.1 | VALORE PUBBLICO..... | 13 |
| | <i>L'accessibilità digitale</i> | 14 |
| | <i>L'accessibilità fisica</i> | 15 |
| | <i>Le procedure da reingegnerizzare</i> | 16 |
| 3.2 | PERFORMANCE..... | 16 |
| | <i>Performance strategica</i> | 16 |
| | <i>Performance organizzativa</i> | 21 |
| | <i>Performance individuale</i> | 28 |
| 3.3 | RISCHI CORRUTTIVI..... | 31 |
| | <i>Gli attori del Sistema Aziendale di Prevenzione della corruzione e Trasparenza</i> | 31 |
| | <i>Obiettivi strategici del PTPCT 2022-24</i> | 33 |
| | <i>Analisi del contesto esterno e interno</i> | 35 |
| | <i>Mappatura dei processi</i> | 38 |
| | <i>Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti</i> | 40 |
| | <i>Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio</i> | 42 |
| | <i>Antiriciclaggio</i> | 54 |
| 3.4 | TRASPARENZA..... | 55 |
| | <i>Attività e principali novità nel 2021</i> | 56 |
| | <i>Revisione sezione "Bandi di gara e contratti"</i> | 56 |
| | <i>Programma triennale 2022-2024</i> | 57 |
| 4 | ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO | 61 |
| 4.1 | STRUTTURA ORGANIZZATIVA..... | 61 |
| 4.2 | ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE..... | 63 |
| | <i>Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile</i> | 63 |
| | <i>Modalità attuative del lavoro agile</i> | 64 |
| | <i>Organizzazione del lavoro</i> | 65 |
| | <i>Spazio di lavoro</i> | 65 |
| | <i>Dotazione tecnologica</i> | 66 |
| | <i>Formazione e competenze</i> | 66 |
| | <i>Monitoraggio del Lavoro Agile</i> | 66 |
| | <i>Soggetti, processi e strumenti del Lavoro Agile</i> | 66 |
| | <i>Programma di sviluppo del Lavoro Agile</i> | 67 |
| 4.3 | PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE..... | 68 |
| 4.4 | FORMAZIONE DEL PERSONALE..... | 68 |
| | <i>Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni informativi</i> | 70 |
| | <i>Gli obiettivi strategici aziendali</i> | 70 |
| | <i>Principi e aree prioritarie</i> | 71 |
| | <i>Formazione FAD</i> | 74 |
| | <i>Elementi di coerenza della formazione</i> | 75 |
| | <i>Il coinvolgimento del personale nella formazione</i> | 77 |
| | <i>Le risorse finanziarie</i> | 78 |
| | <i>Le misure volte a incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato (es. politiche di permessi per il diritto allo studio e di conciliazione)</i> | 78 |
| 5 | MONITORAGGI | 79 |

| | | |
|-----|---|----|
| 5.1 | MONITORAGGIO DEL VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE..... | 79 |
| 5.2 | MONITORAGGIO DEI RISCHI CORRUTTIVI..... | 80 |
| 5.3 | MONITORAGGIO DEL LAVORO AGILE..... | 91 |

Allegati:

| | |
|------------------|--|
| Allegato 1..... | Piano azioni positive 2019 - 2020 |
| Allegato 2..... | Selezione 60 processi |
| Allegato 3..... | Scheda gestione rischio |
| Allegato 4..... | Esiti monitoraggio 60 processi |
| Allegato 5..... | Modulistica rilevazione conflitto di interessi |
| Allegato 6..... | Esiti monitoraggio processi a rischio |
| Allegato 7..... | Griglia obblighi pubblicazione |
| Allegato 8..... | Piano triennale dei fabbisogni di personale 2020- 2022 |
| Allegato 9 | Riferimenti normativi |

1 PREMESSA

Il Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito in legge dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, è un documento programmatico triennale, con aggiornamento annuale. Il PIAO rappresenta un documento unico di programmazione e governance che assorbe, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare, tra gli altri, il Piano della performance, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA , Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza, la programmazione dei fabbisogni formativi, il Piano triennale del fabbisogno del personale.

2 SCHEDE ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

2.1 Chi siamo

L'Azienda UsL Toscana Sud Est è nata a partire dal 01/01/2016 dalla fusione di 3 Asl della Toscana, ovvero quelle di Arezzo, Siena e Grosseto, come previsto dalla Legge Regionale n 84 del 28 dicembre 2015 "*Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40 /2005*".

L'azienda assume la denominazione di "Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Sud Est", ha sede legale in Arezzo, in Via Curtatone n. 54, ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

Le sedi operative dell'Azienda sono stabilite come segue:

- Sede Operativa Arezzo Via Curtatone 54 – Arezzo
- Sede Operativa Siena Piazza Rosselli 26 – Siena
- Sede Operativa Grosseto Via Cimabue 109 – Grosseto

P.I. e C.F.: 02236310518

Sito Internet istituzionale : <https://www.uslsudest.toscana.it/>

PEC: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it



Sono Organi dell'Azienda USL Toscana Sud Est il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale, nominato dal Presidente della Giunta Regionale, ha la rappresentanza legale dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda stessa e ne assicura il regolare funzionamento.

In qualità di organo di vertice dell'Azienda, coadiuvato dai Direttori Sanitario, Amministrativo e dei Servizi Sociali, esercita le funzioni di indirizzo politico-amministrativo definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare, adotta gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica e controlla la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti.

Allo scopo di assicurare alla Direzione Aziendale l'apporto dei vari responsabili nei diversi momenti di programmazione e di valutazione delle attività tecnico sanitarie e ad alta integrazione socio sanitaria, con particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, è istituito il Collegio di Direzione.

Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e di innovazione delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Supporta inoltre la Direzione Aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'Azienda.

Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore sanitario con periodicità, di norma, mensile ed è composto da: - il Direttore sanitario, che lo presiede - i Vice Presidenti del Consiglio dei sanitari - i Direttori dei dipartimenti - i Direttori infermieristico e tecnico sanitario - un Medico di medicina generale eletto fra i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali e un pediatra di libera scelta eletto dal Comitato aziendale della Pediatria di libera scelta - i Direttori delle Società della Salute o delle Zone-Distretto, coadiuvati da un Coordinatore sanitario e da un Coordinatore socio-sanitario - i Direttori dei Presidi Ospedalieri.

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale sulla base delle designazioni ricevute secondo le previsioni di legge. Esso esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda, vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio ai risultati dei libri e delle scritture contabili, nonché svolgendo ogni altra funzione ed attività al medesimo riservata dalle norme nazionali e regionali.

L'attività di controllo del Collegio concerne sia l'attività di diritto pubblico che quella di diritto privato dell'Azienda.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Direttore dei Servizi Sociali, i Direttori di Zona-Distretto, il Direttore di Rete Ospedaliera compongono la Direzione Aziendale.

La Direzione Aziendale è titolare della funzione di pianificazione strategica e ha il compito di assistere il Direttore Generale nello svolgimento delle proprie funzioni. Definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi.

La Direzione aziendale come responsabile della pianificazione strategica, in coerenza anche con quanto previsto dalla pianificazione regionale e di area vasta in ambito socio-sanitario, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria di medio-breve termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse e l'assetto organizzativo dell'azienda.

2.2 Cosa facciamo

L'Azienda identifica la propria missione nella promozione e tutela della salute sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio territorio, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza, come previsto dalla normativa nazionale e regionale. La missione aziendale si inserisce all'interno delle scelte di programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale, integrandosi con esse e contribuendo ad una loro attuazione in risposta ai bisogni di salute della comunità locale. L'Azienda garantisce, mediante un modello integrato, l'organizzazione ed erogazione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, quali previste dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale.

2.3 Come operiamo

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 sono articolazioni aziendali in cui si concentrano le competenze professionali e le risorse finalizzate all'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari mediante produzione di prestazioni e allo svolgimento di funzioni tecnico amministrative e di committenza.

Le strutture organizzative professionali sono strutture monoprofessionali che si caratterizzano come strutture di coordinamento tecnico – professionale delle unità organizzative afferenti e nei Dipartimenti di coordinamento tecnico-scientifico.

Le strutture organizzative funzionali sono l'insieme di più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività. Sono strutture multi professionali che aggregano il personale secondo criteri orientati alla produzione di servizi. Sono strutture organizzative funzionali:

- Zone Distretto
- Presidi Ospedalieri organizzati in stabilimenti
- Aree Organizzative di Presidio
- Staff delle Direzione Aziendale e Sanitaria
- Dipartimenti ospedalieri, delle professioni
- Aree funzionali dipartimentali
- Dipartimento della Prevenzione
- Dipartimenti amministrativi e tecnico

– Unità Funzionali

2.4 L’Azienda in cifre

L’Area Vasta Sud Est si estende per una superficie di 11.557 Km², pari alla metà della superficie regionale.

L’ambito territoriale dell’Azienda comprende i territori dei 103 comuni delle ex Aziende di Arezzo, Siena e Grosseto ed è articolato in Zone Distretto .

La popolazione residente al 01/01/2021, è 818.934 unità , così ripartita:

| | Femmina | Maschio | Somma: |
|---|----------------|----------------|----------------|
| 090203A - Zona dell'Alta Val d'Elsa | 31.936 | 30.568 | 62.504 |
| 090203D - Zona Senese | 65.140 | 59.996 | 125.136 |
| 090203P - Zona Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese | 39.325 | 36.561 | 75.886 |
| 090203E - Zona del Casentino | 17.061 | 16.907 | 33.968 |
| 090203F - Zona della Val Tiberina | 14.923 | 14.243 | 29.166 |
| 090203G - Zona della Val di Chiana Aretina | 25.954 | 24.622 | 50.576 |
| 090203H - Zona Aretina | 66.648 | 62.360 | 129.008 |
| 090203I - Zona del Valdarno | 48.009 | 46.143 | 94.152 |
| 090203L - Zona delle Colline dell'Albegna | 25.388 | 23.712 | 49.100 |
| 090203R - Zona Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana | 87.375 | 82.063 | 169.438 |
| Somma: | 421.759 | 397.175 | 818.934 |

La densità abitativa dell’Area è molto inferiore alla media regionale: 71 abitanti per Km² rispetto ai 162,8 del valore medio regionale.

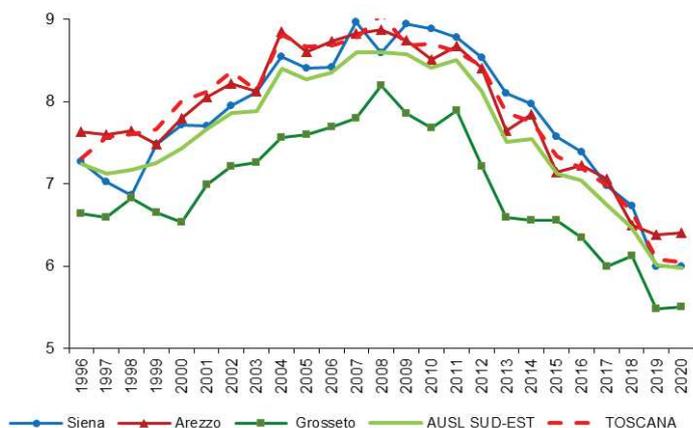
Complessivamente la popolazione della USL Toscana sud est nel 2020 fa registrare, per il nono anno consecutivo, un saldo totale (saldo naturale + saldo migratorio) negativo (-6,2 per 1.000). La popolazione residente è lieve ma costante riduzione dal 2013: negli ultimi nove anni nell’Azienda, nonostante i movimenti migratori, si contano 26.000 abitanti in meno. A livello sub provinciale la popolazione residente nel 2020 si è ridotta, seppure con intensità diversa, in tutte le aree; in particolare si registra una maggiore riduzione della popolazione nel Casentino (-12,6 per 1.000), nell’Amiata senese e Val d’Orcia (-11,3 per 1.000) e nella Val Tiberina (-11,0 per 1.000).

Se la Toscana è tra le regioni più anziane in Italia, questa porzione del suo territorio si caratterizza per una quota di residenti di età superiore a 64 anni, superiore alla media regionale: oltre una persona su quattro (27%) ha più di sessantacinque anni e il 5% della popolazione è costituito da quelli che vengono definiti i grandi anziani (85 anni e oltre). All’interno della USL Sud Est, le Zone dove la proporzione di popolazione anziana è maggiore sono l’Amiata Grossetana, le Colline dell’Albegna e l’Amiata Senese e Val d’Orcia (30%).

Molto marcato in questa Azienda, a partire dal 2008, è stato anche il calo della natalità (figura1) legato agli effetti della crisi economica ed alla riduzione del numero di donne in età fertile; nel 2020 il tasso di natalità è sceso a 6,0 nati per 1.000 abitanti; valori particolarmente bassi si osservano nelle zone della provincia grossetana (5,5

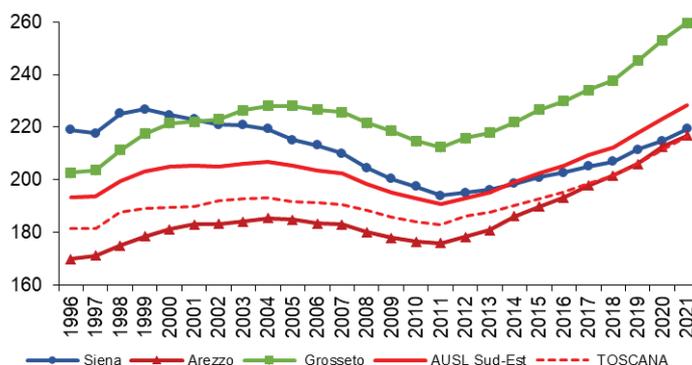
nati per 1.000 abitanti a livello provinciale che scendono a 4,8 nell’Amiata Grossetana), i più elevati nella Val di Chiana Aretina (6,8).

Figura 1-Trend tasso di natalità (nati/pop.totale per 1.000) per residenza. Anni 1995-2020



Quote sempre maggiori di anziani e contrazione delle nascite, ormai continua negli ultimi 10 anni, si traducono con un innalzamento notevole dell'indice di vecchiaia (numero di anziani oltre i 65 anni ogni 100 giovani tra 0 e 14 anni), evidente in tutte le province dell'Azienda (figura 2) ma particolarmente accentuato nella provincia di Grosseto dove al 01/01/2021 si sono contati ben 260 anziani ogni 100 giovani tra 0 e 14 anni.

Figura 2 - Trend indice di vecchiaia (pop. 65+/pop. 0-14) per residenza al 01/01 degli anni di riferimento



Nell'Azienda il crollo della natalità sarebbe stato ben più drammatico senza il contributo della popolazione migrante: al 1 gennaio 2021 i residenti di cittadinanza estera sono l'11% della popolazione.

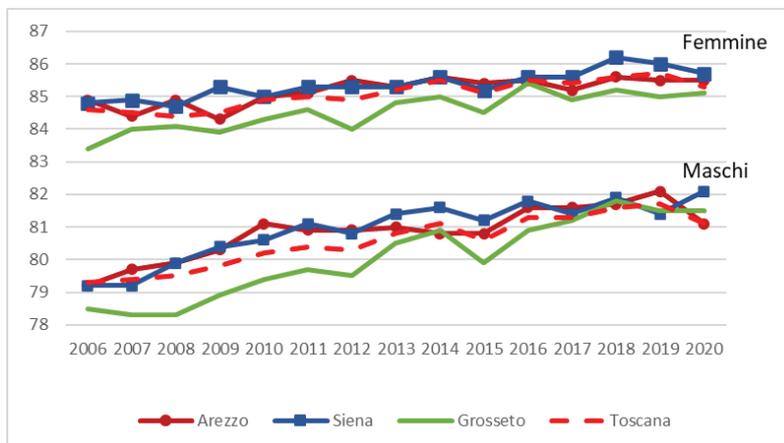
Per i principali indicatori dello stato di salute, in particolare la speranza di vita alla nascita, la mortalità generale, la mortalità prematura (prima dei 65 anni) e gli anni potenziali di vita persi, la USL Sud Est, si allinea ai valori medi regionali (peraltro molto buoni rispetto alla media nazionale). Tuttavia, all'interno dell'area, le differenze intra territoriali non sono trascurabili: i residenti nelle Zone senesi e aretine godono mediamente di parametri di salute migliori della media regionale, mentre quelli delle zone grossetane hanno parametri di salute lievemente peggiori.

Queste differenze sono ben sintetizzate dalla speranza di vita alla nascita.

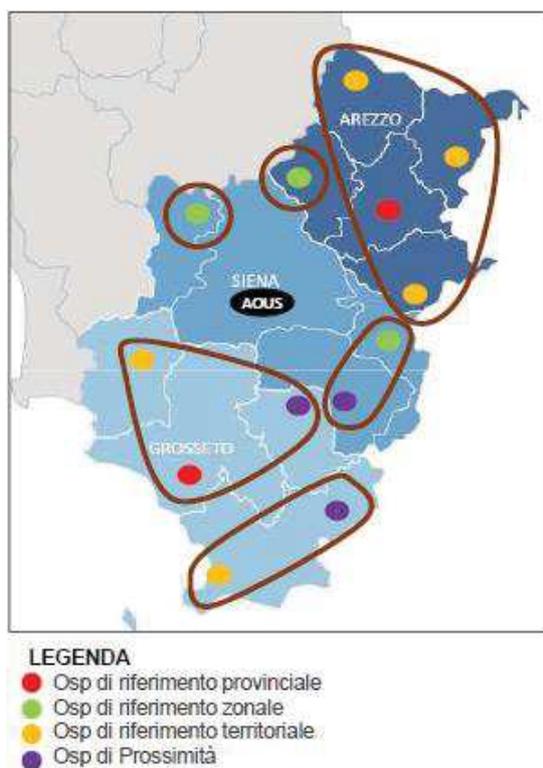
L'andamento della speranza di vita alla nascita dal 1992 al 2019 (figura 3) nelle province della nostra azienda mostra un incremento di circa 7 anni nei maschi e 4 nelle femmine. Negli anni si sono ridotte le differenze tra le province dell'Azienda. Nel 2020 si assiste a livello nazionale, e seppure in maniera meno pronunciata anche a livello regionale, ad una riduzione della speranza di vita rispetto all'anno precedente (tabella 4.9). Tra le province dell'Azienda nel 2020 rispetto al 2019 si segnala la riduzione di un anno della speranza di vita

tra i maschi residenti ad Arezzo (provincia che nel 2020 è stata caratterizzata da un'incidenza e mortalità maggiore per Codid-19).

Figura 3 - Trend speranza di vita alla nascita per residenza e sesso.



Nell'Azienda sono presenti **13 stabilimenti ospedalieri** accorpati in **6 Presidi Ospedalieri (PO)** :



PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Aretno, Casentino, Valtiberina e della Valdichiana Aretina, articolato nei seguenti Stabilimenti Ospedalieri:

- S.O. Arezzo
- S.O. Bibbiena
- S.O. San Sepolcro
- S.O. Cortona

PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Amiata Senese, Val d'Orcia, Valdichiana Senese,
articolato nei seguenti Stabilimenti Ospedalieri:

- S.O. Montepulciano
- S.O. Abbadia San Salvatore

PRESIDIO OSPEDALIERO del Valdarno

- S.O. Montevarchi

PRESIDIO OSPEDALIERO delle Colline dell'Albegna,
articolato nei seguenti Stabilimenti Ospedalieri:

- S.O. Orbetello
- S.O. Pitigliano

PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana,
articolato nei seguenti Stabilimenti Ospedalieri:

- S.O. Castel del Piano
- S.O. Grosseto
- S.O. Massa Marittima

PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Alta Val d'Elsa

- S.O. Poggibonsi

La **dotazione di posti letto** ordinari e DH (al netto delle variazioni temporanee legate all'emergenza Covid-19), raggruppati per provincia, è la seguente:

| Stabilimento | TOTALE PL |
|---|------------------|
| OSPEDALE DEL CASENTINO | 59 |
| OSPEDALE DELLA VALTIBERINA | 55 |
| OSPEDALE AREA ARETINA NORD | 416 |
| OSPEDALE NUOVO VALDARNO | 163 |
| NUOVO OSPEDALE VALDICHIANA | 73 |
| PROV. AREZZO | 766 |
| OSPEDALE S.ANDREA MASSA MARITTIMA | 66 |
| OSPEDALE DI ORBETELLO | 76 |
| OSPEDALE DI PITIGLIANO | 24 |
| OSPEDALE CIVILE DI CASTELDELPANO | 36 |
| OSPEDALE DELLA MISERICORDIA | 372 |
| PROV. GROSSETO | 574 |
| SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA | 8 |
| PRESIDIO OSPEDALIERO AMIATA SENESE | 33 |
| OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA | 165 |
| OSPEDALI RIUNITI DELLA VAL DI CHIANA | 160 |
| PROV. SIENA | 366 |
| TOTALE POSTI LETTO PUBBLICI (incluso Nido) | 1.706 |

Nell'Area di competenza dell'Azienda sono presenti anche **3** Case di Cura Private accreditate e convenzionate per un totale di 263 ppII, più una struttura sede di un centro riabilitativo in partnership con 60 ppII (fonte HSP12 e 13-2022).

RICOVERI PER STABILIMENTO OSPEDALIERO

| PO | Stabilimento | 2020 | 2021 |
|-------------------|----------------------|---------------|---------------|
| PO RIUNITI AREZZO | Osp. Arezzo | 17.890 | 19.688 |
| | Osp. Bibbiena | 2.187 | 2.466 |
| | Osp. Sansepolcro | 1.579 | 1.904 |
| | Osp. Cortona | 1.466 | 797 |
| PO VALDARNO | Osp. Montevarchi | 6.703 | 7.317 |
| PO AREA GROS | Osp. Casteldel piano | 505 | 515 |
| | Osp. Grosseto | 13.590 | 14.096 |
| | Osp. Massa Marittima | 2.224 | 2.617 |
| PO ALBEGNA | Osp. Orbetello | 2.160 | 2.551 |
| | Osp. Pitigliano | 281 | 235 |
| PO VALDIC.SENESE | Osp. Abbazia SS | 643 | 620 |
| | Osp. Montepulciano | 5.604 | 5.892 |
| AO SIENA | Spdc C/O A.O. Senese | 201 | 191 |
| PO ELSA | Osp. Poggibonsi | 5.691 | 6.079 |
| | Totale | 60.724 | 64.968 |

Fonte DWH –SDO al 17/01/2022

INTERVENTI CHIRURGICI PER STABILIMENTO OSPEDALIERO

| STABILIMENTO OSPEDALIERO | 2020 | 2021 |
|--------------------------|---------------|---------------|
| OSP. ABBADIA SS | 809 | 1.073 |
| OSP. AREZZO | 9.768 | 11.575 |
| OSP. BIBBIENA | 2.126 | 2.905 |
| OSP. CASTELDELPANO | 46 | 197 |
| OSP. CORTONA | 2.866 | 2.746 |
| OSP. GROSSETO | 9.390 | 13.269 |
| OSP. MASSA MARITTIMA | 1.836 | 2.615 |
| OSP. MONTEPULCIANO | 2.644 | 3.574 |
| OSP. MONTEVARCHI | 4.989 | 6.072 |
| OSP. ORBETELLO | 2.235 | 2.844 |
| OSP. PITIGLIANO | 108 | 193 |
| OSP. POGGIBONSI | 2.906 | 3.934 |
| OSP. SANSEPOLCRO | 2.253 | 3.022 |
| Totali | 41.976 | 54.019 |

FONTE Registro Sala Operatoria Ormaweb e Registro Operatorio Ambulatoriale (ROA) al 17/01/2022

PRESTAZIONI AMBULATORIALI per ESTERNI (escluso attività di PS, consulenze per interni, attività in Libera Professione)

| Ambito | 2020 | 2021 |
|---------------------------|------------------|-------------------|
| Prov. Siena | 2.620.773 | 3.307.171 |
| Prov. Arezzo | 4.409.489 | 5.737.138 |
| Prov. Grosseto | 2.274.150 | 2.804.468 |
| Totale complessivo | 9.304.412 | 11.848.777 |

Fonte DWH – SPA al 17/01/2022

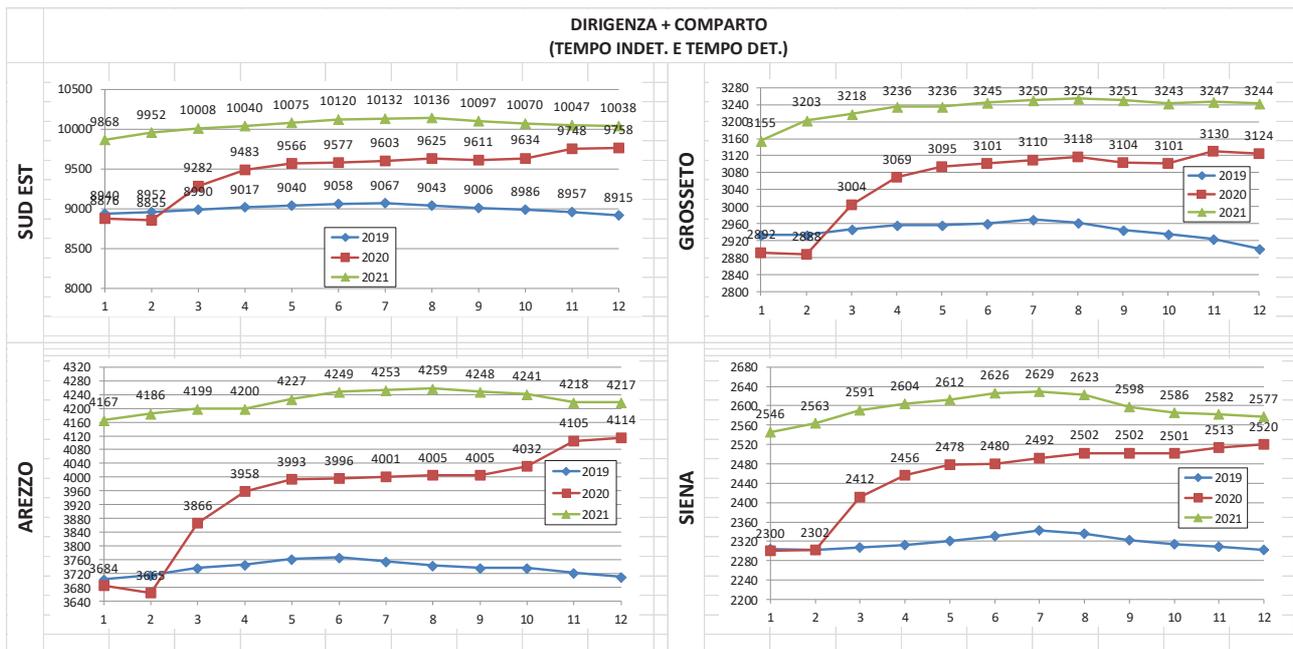
Per quanto riguarda la **rete socio sanitaria Territoriale** punto di riferimento per oltre 800.000 abitanti, nell’Azienda sono presenti attualmente 10 Zone Distretto di cui 4 Società della Salute che in base alla LR 40/2005 sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni e dell’Azienda USL, per l’esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio sanitarie e sociali integrate.

Fanno parte della rete territoriale aziendale 24 **Case della Salute**, luoghi dove i cittadini trovano servizi socio-sanitari di base e ove vi lavora un team multi professionale formato da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, infermieri, personale sociale e amministrativo e 31 **AFT** - Aggregazioni funzionali territoriali di medici di medicina generale, che garantiscono per l’intera giornata l’assistenza ambulatoriale e domiciliare, la Sanità di Iniziativa e la presa in carico del paziente con bisogni complessi, la promozione della salute.

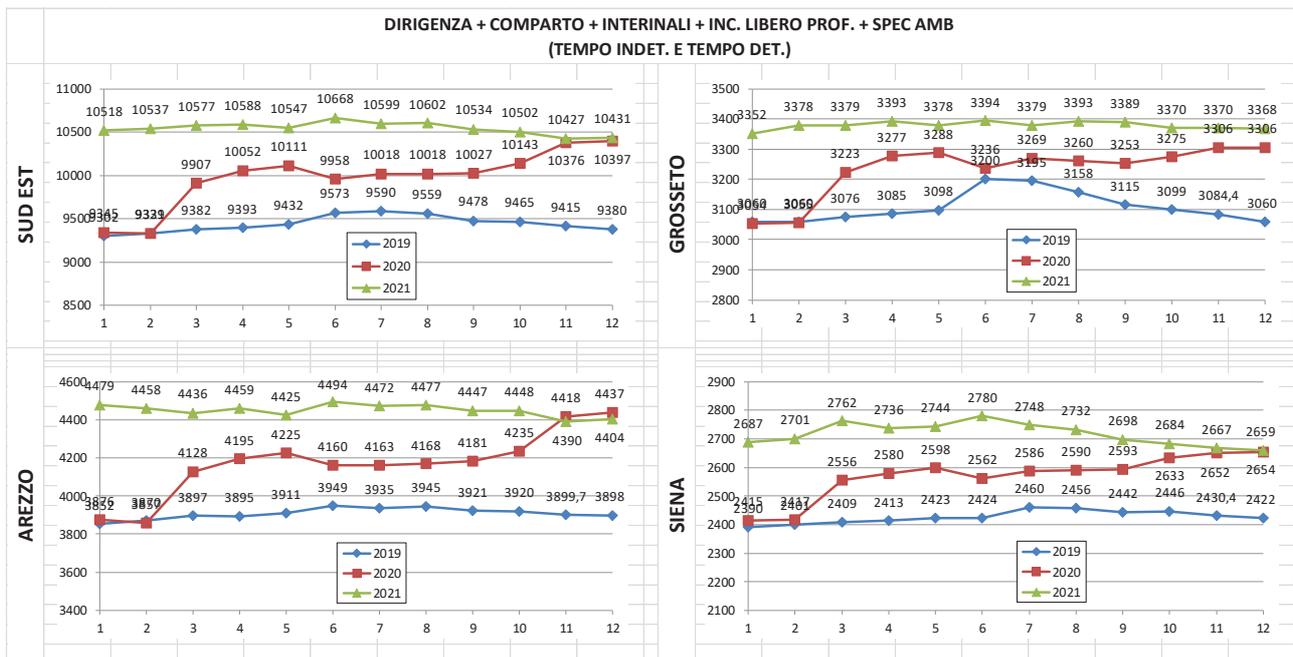
E’ attiva anche 1 **Centrale della Cronicità** (divenuta dal 2020 centrale Covid) e 13 **ACOT** -Agenzia per la continuità Ospedale Territorio, per garantire una funzionante rete fra ospedale e territorio in aiuto ai cittadini. Tale rete si avvaleva di 169 **posti letto di Cure Intermedie**, il setting assistenziale residenziale sanitario “intermedio” fra ospedale e territorio, che sono arrivati a circa 300 nel periodo di maggiore emergenza Covid.

In ottemperanza all’Articolo 8 del Decreto-Legge 9 Marzo 2020 n.14, in merito all’istituzione delle **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.)**, volte ad implementare la gestione dell'emergenza sanitaria per l’epidemia da COVID-19 nell’ambito dell’assistenza territoriale, anche l’Azienda ASL Toscana Sud Est ha istituite le USCA in tutte le Zone Distretto; si tratta di team di medici e infermieri che si occupano di seguire i pazienti Covid nei propri domicili ma anche negli alberghi sanitari, nei posti letto di cure intermedie e presso le RSA.

La consistenza del personale dipendente al 31 dicembre 2021 era 10.038 così ripartito per provincia:



A questi sono da aggiungere gli operatori sanitarie e non con contratti libero professionali o interinali, che insieme agli specialisti ambulatoriali hanno portato il personale dell'azienda a 10.431 unità.



Inoltre nell'Azienda operano anche oltre 700 medici fra medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta.

L'Azienda ha un bilancio il cui valore della produzione è di oltre 1.708 milioni di euro.

I maggiori costi della produzione sono relativi al personale, circa il 38 % (personale dipendente, convenzionato, MMG, formazione) all'acquisto di beni sanitari (prodotti farmaceutici e dispositivi medici) per

il 21%, all'acquisto di prestazioni sanitarie per il 14% e all'acquisto di servizi non sanitari (mensa, lavanderia ecc.) per circa il 6%.

3 VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

3.1 Valore pubblico

La missione strategica dell'Azienda sanitaria, si esplica nel dare soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nel rispetto dei seguenti principi:

- dignità della persona-cittadino;
- tempestività e integrazione nella risposta ai bisogni della persona-cittadino;
- equità e libertà di scelta nell'accesso ai servizi;
- appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura;
- economicità ed efficienza nella gestione delle risorse;
- trasparenza e semplificazione dell'azione amministrativa;
- formazione continua del personale;

al fine di:

- indirizzare i programmi e le attività dell'Azienda a rispondere alla domanda di salute e a orientarla, garantendo prestazioni efficaci accessibili a tutti coloro che ne hanno bisogno nel momento in cui si rendono necessarie;
- porre il cittadino utente al centro dell'attività aziendale, orientando i Servizi e gli operatori al servizio all'utente a cui deve essere garantita continuità dei percorsi diagnostico assistenziali;
- raccordare le iniziative e le attività socio-sanitarie con le indicazioni regionali, in sintonia con gli Enti Locali e i loro organismi di rappresentanza.

L'Azienda concorre, nell'ambito della specificità del proprio ruolo e delle proprie competenze, allo sviluppo a rete del sistema sanitario regionale e a tale scopo opera a livello interaziendale nell'ambito del proprio territorio, sulla base dei piani elaborati d'intesa con la l'Area Vasta Sud Est in costante relazione con l'Azienda Ospedaliera di Siena. L'Area Vasta rappresenta la dimensione territoriale ottimale per la realizzazione della programmazione strategica regionale al fine di perseguire l'appropriatezza degli interventi, l'integrazione dei servizi assistenziali in rete, l'ottimizzazione delle risorse e la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane e delle competenze.

L'Azienda concorre alla dimensione di rete anche per le funzioni tecniche, amministrative e di supporto attivando le necessarie relazioni con l'Ente Regionale Amministrativo competente.

Nel rispetto del quadro normativo di riferimento e in coerenza con gli indirizzi regionali, l'Azienda riconosce inoltre, nella Società della Salute, uno strumento utile ad esercitare l'indirizzo o il governo dell'offerta di servizi sociali, sanitari e socio sanitari territoriali e della domanda complessivamente espressa e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale con criteri di prossimità.

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

- Nuovo Sistema di Garanzia;

- Griglia LEA, per gli indicatori che sono stati fino ad oggi il riferimento nazionale per il monitoraggio dei LEA e che tuttora non siano confluiti nel Nuovo Sistema di Garanzia;
- indicatori del sistema di valutazione della performance del Laboratorio MeS;
- indicatori di esito (Prose, PNE) elaborati da ARS;
- indicatori definiti dalle Direzioni regionali competenti, con riferimento al monitoraggio di specifiche azioni di governo.

In particolare secondo le indicazioni regionali gli ambiti prioritari di azione dovranno essere:

- o Area economica
- o Appropriata Farmaceutica
- o Sanità digitale
- o Vaccinazioni
- o Personale
- o PNRR
- o Cronicità e disabilità
- o Esiti e qualità
- o Oncologia e fine vita
- o Ricerca
- o Tempi di attesa
- o Appropriata Farmaceutica

Tutti questi obiettivi sono perseguiti tenendo conto della missione istituzionale delle Pubbliche Amministrazioni che è la creazione di Valore Pubblico a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini.

L'accessibilità digitale

Per quanto riguarda le politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale, l'Azienda è inserita in un contesto caratterizzato da una forte regia regionale e con gestione tecnica delegata all'azienda ESTAR.

Pertanto le azioni ed i progetti volti ad assicurare l'accessibilità digitale - ossia assicurare la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità o dell'età (ultrasessantacinquenni) necessitano di tecnologie assistive o configurazioni particolari - sono intraprese a livello regionale e generalmente coinvolgono la nostra azienda nelle fasi esecutive.

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

La App supporta l'accesso ai seguenti servizi:

- FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), dove il cittadino/assistito può consultare i propri referti di laboratorio e di radiologia, le prescrizioni di farmaci o prestazioni specialistiche, le vaccinazioni e altra documentazione sanitaria.
- Anagrafe Sanitaria, dove il cittadino/assistito può operare la scelta e revoca del medico di base o del pediatra per i bambini, consultare le esenzioni per patologia, autocertificare l'esenzione per reddito, avere l'attestato di esenzione.
- Prenotazioni e pagamenti, dove il cittadino/assistito può operare prenotazioni di prestazioni ambulatoriali sul CUP, effettuare il pagamento del ticket tramite IUV oppure pagamenti di posizioni debitorie, prenotare analisi del sangue.

- Percorsi specifici, in particolare: il “*Borsellino elettronico per celiaci*” che permette di ritirare presso grande distribuzione, farmacie pubbliche e private i prodotti necessari in funzione del budget assegnato su base mensile e “*Happymamma*”, che permette di gestire tutti gli esami e il percorso nascita alle neo-mamme.

Allo stato attuale questi servizi coprono parzialmente il territorio aziendale ed anche il loro grado di fruibilità presenta dei margini di miglioramento significativi, in particolare nell’area della prenotazione e del pagamento. Tuttavia, i sistemi hanno già contribuito a ridurre la pressione su sportelli, farmacie e call center.

Un ulteriore contributo, in quale modo complementare, per l’accessibilità digitale ai servizi da parte del cittadino è dato dai totem multifunzione e dall’invio per email dei referti di laboratorio e di diagnostica per immagini, attivo e funzionante per tutto il territorio aziendale.

Gli obiettivi e i benefici sono quelli di semplificare e rendere più efficace l’accesso ai servizi e la loro erogazione, snellire la comunicazione tra strutture sanitarie e cittadini.

Anche l’URP si è posto come punto di riferimento e di orientamento nei confronti del cittadino per fornire soluzioni rapide ed immediate alle varie problematiche. Si tratta quindi di un rilevante punto di contatto per gli utenti, soprattutto per i più anziani e per coloro che si trovano in condizioni di fragilità, che offre un costante supporto in collaborazione con gli altri servizi aziendali. Occorre ricordare anche l’attività del Punto informazione, che svolge la funzione di call-center aziendale con finalità di informazione e orientamento degli utenti sui vari servizi. Sono inoltre da segnalare le varie iniziative, messe in atto soprattutto negli ultimi anni, per sviluppare le potenzialità informative e di interazione con i cittadini del sito web istituzionale, anche con l’inserimento di moduli e richieste on-line trattate dallo stesso URP o da altri uffici aziendali.

Va considerato comunque che la gestione delle pratiche con modalità digitali se, da un lato, può favorire alcune categorie di utenti fragili, dall’altro può penalizzare quei soggetti che hanno minori competenze informatiche e in particolare i soggetti anziani. Riguardo a questo tema, si può ricordare il progetto gestito alla Regione insieme ad ANCI Toscana per la realizzazione delle Botteghe della Salute, da attivare nelle località periferiche e maggiormente disagiate, a cui hanno aderito varie Zone Distretto della nostra Azienda. Il progetto prevede il supporto a persone anziane e fragili anche per l’accesso ai servizi digitali delle amministrazioni, con particolare riferimento a Comuni e ASL.

L’accessibilità fisica

Nell’ambito dell’attività di gestione dei reclami sono state spesso trattate segnalazioni degli utenti che lamentano varie difficoltà di accesso alle strutture, sia per ubicazione, raggiungibilità ed orari di apertura, sia per la presenza di barriere architettoniche. In questi casi l’URP è tenuto a coinvolgere e sensibilizzare i responsabili interessati, al fine di individuare soluzioni operative per migliorare l’accessibilità. Si segnala, tra l’altro, che il sistema di classificazione regionale delle segnalazioni prevede alcune categorie che hanno attinenza con queste problematiche: oltre ai reclami sull’accessibilità ai servizi, che riguardano essenzialmente i tempi di attesa, è presente una ulteriore categoria relativa a “strutture e logistica” in cui vengono inseriti proprio i reclami sul tema dell’accessibilità fisica alle strutture.

Altra iniziativa di particolare importanza, a cui partecipa indirettamente anche l’URP, riguarda l’attuazione del Progetto regionale PASS, approvato con deliberazione GRT 666/2017 e supportato da un apposito sistema informativo (vedi recente deliberazione GRT 401/2022). Da segnalare la collaborazione al progetto delle associazioni di volontariato e tutela, con il coinvolgimento anche del Comitato di Partecipazione della nostra Azienda.

Si tratta di un progetto riguardante i più importanti ospedali regionali, compresi gli ospedali di Arezzo e Grosseto, che prevede un apposito percorso assistenziale per soggetti con bisogni speciali, in particolare per le persone con disabilità, al fine di favorire un equo accesso ai servizi sanitari in regime ambulatoriale, di ricovero e di emergenza/urgenza. Il percorso si rivolge alle persone con disabilità di vario tipo, che presentano bisogni speciali e devono accedere alle prestazioni del sistema sanitario. Vengono quindi individuati i particolari bisogni di ciascun soggetto, che dovrà registrarsi in un apposito portale regionale, affinché siano adottate idonee soluzioni e venga facilitato l'accesso alle prestazioni. Negli ospedali che aderiscono al PASS è presente una équipe adeguatamente formata che provvede a definire e personalizzare il percorso assistenziale.

Le procedure da reingegnerizzare

Nell'ambito dei processi di digitalizzazione sono in corso di sviluppo quei progetti volti alla dematerializzazione della documentazione clinica, in particolare il passaggio verso la Cartella Clinica Elettronica e la dematerializzazione dei referti destinati ad alimentare il Fascicolo Sanitario Elettronico. Tali azioni concorrono al superamento dei limiti sopra descritti con riferimento alla copertura parziale dell'accessibilità digitale.

Con il PNRR Salute e con la prossima approvazione del c. DM71, si apre una fase importante in cui l'azienda sarà chiamata a reingegnerizzare le procedure di presa in carico e gestione dei pazienti cronici e le procedure per la transizione ospedale-territorio, dalle cure ospedaliere alle cure intermedie; in tale ambito verranno sviluppare nuove procedure relative al nuovo tema della telemedicina.

A tal fine l'Azienda ha in corso di definizione un Programma pluriennale per le azioni di innovazione digitale in Sanità, con l'obiettivo di affrontare organicamente, in maniera integrata tutti gli aspetti chiamati in causa dalla riforma: organizzazione, processi, tecnologie digitali.

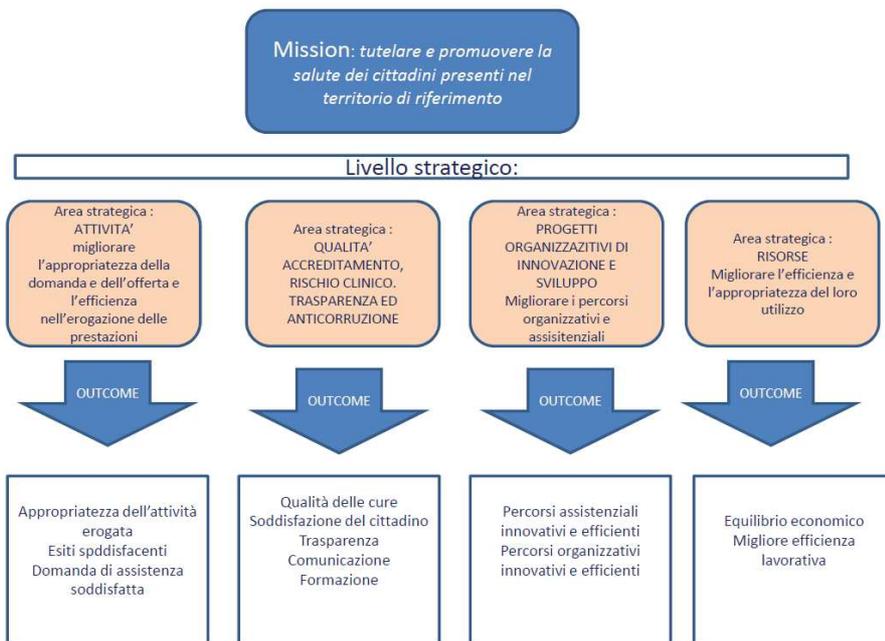
3.2 Performance

In questa sottosezione di programmazione, rappresenteremo il piano strategico aziendale che vuol essere il principale documento di programmazione dell'Azienda attraverso il quale, nel quadro dei principi generali sanciti dallo Statuto e dalla missione istituzionale, si delinea la visione strategica per il triennio 2022 – 2024.

Performance strategica

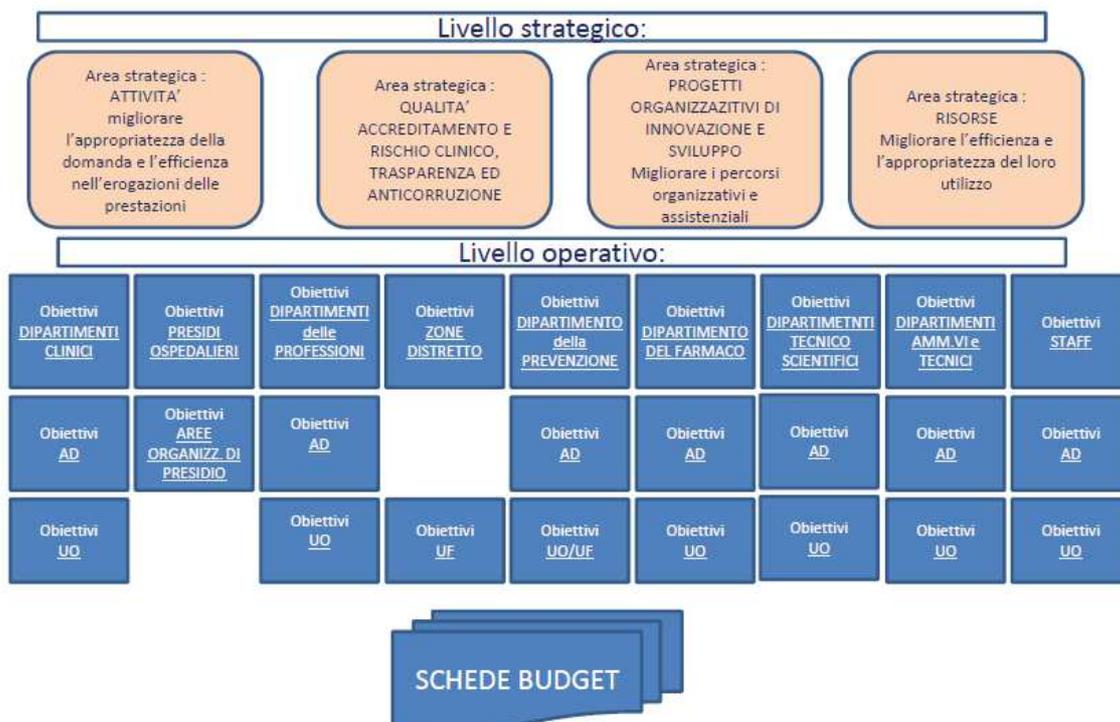
I legami fra mandato istituzionale, missione, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni, sono rappresentati con l'albero delle performance che fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale. Le aree strategiche forniscono una rappresentazione degli *outcome* perseguiti dall'azienda, che spesso si rivelano trasversali rispetto alle articolazioni organizzative.

Le funzioni fondamentali svolte da ASL Toscana Sud Est si articolano in 4 Aree Strategiche di intervento che costituiscono la base sulla quale poggia la performance aziendale:



Attraverso la declinazione delle aree strategiche in obiettivi ed indicatori assegnati nel budget annuale, l'azienda punta a realizzare gli Output individuati nell'arco del triennio di riferimento.

Le misure annuali di tali obiettivi sono definite nel budget e saranno rendicontate nell'ambito della Relazione sulla Performance (art. 10 del D.Lgs n.150/2009 e ss.mm.ii.)



Una delle aree strategiche, quella più direttamente di tipo economico-finanziario, comprende le principali dimensioni rappresentate nel Bilancio di Previsione relative a consumi di beni e servizi, ed è quindi il naturale collegamento tra obiettivi di bilancio e le altre dimensioni strategiche ed operative aziendali.

Qui di seguito definiamo alcune aree di intervento strategiche trasversali che possono investire parallelamente le 4 aree sopra richiamate. Per queste Aree sono stati definiti obiettivi strategici dal cui conseguimento trarrà beneficio l'intera organizzazione in termini di efficienza, efficacia, qualità ed economicità:

- Ottimizzazione della rete fra gli ospedali
- Ottimizzazione della rete dell'emergenza urgenza
- La prevenzione e promozione alla salute
- Attività specialistica e tempi di attesa: appropriatezza della domanda e efficienza della risposta
- Attenzione agli indicatori di esito (PNE)
- Il rispetto dei nuovi LEA e NSG (Nuovo Sistema di Garanzia)
- Miglioramento degli indicatori del Bersaglio MeS in criticità
- Sviluppo dell'Integrazione Socio-Sanitaria
- Innovazione tecnologica nei servizi territoriali e ospedalieri
- La Formazione
- Il nuovo ruolo del Sistema Amministrativo e tecnico
- Attenzione alle politiche del personale e alle nuove indicazioni del Piano Organizzativo del Lavoro Agile in base alle linee guida ministeriali
- Governo della spesa e equilibrio economico
- Progettazioni legate al PNRR

Qui di seguito un elenco, che non vuole essere esaustivo, degli indicatori LEA/NSG e PNE che l'azienda si impegna a perseguire nella **programmazione pluriennale**:

| Ambito LEA/NSG - PNE | INDICATORE |
|--------------------------------------|--|
| VACCINAZIONI | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) |
| VACCINAZIONI | Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) |
| VACCINAZIONI | Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano |
| PREVENZIONE SANITA' ANIMALE | MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO -Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI, BRUCELLOSI |
| PREVENZIONE SANITA' ANIMALE | ANAGRAFI ANIMALI -Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06 |
| PREVENZIONE LUOGHI LAVORO | Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare |
| PREVENZIONE SICUREZZA DEGLI ALIMENTI | Controlli analitici nelle fasi di produzione e distribuzione degli alimenti |

| Ambito LEA/NSG - PNE | INDICATORE |
|----------------------|--|
| DISTRETTUALE | Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI |
| DISTRETTUALE | Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) |
| DISTRETTUALE | Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria. |
| EMERGENZA | Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso |
| OSPEDALIERA | Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti |
| OSPEDALIERA | Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1.000 parti |
| OSPEDALIERA | Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario |
| ESITI E QUALITA' | Infarto Miocardico Acuto, rischio di riammissione a 30 giorni |
| ESITI E QUALITA' | Ictus ischemico, rischio di riammissione a 30 giorni |
| ESITI E QUALITA' | Intervento per tumore al colon, percentuale di interventi in laparoscopia |

e la sintesi, per livelli operativi o Centri di Responsabilità raggruppati in Amministrativi/Tecnici, Ospedalieri (H), Prevenzione, Staff, Territoriali (T), degli **obiettivi pluriennali con declinazione annuale**, presentati per area strategica e contenenti gli obiettivi strategici fonte LEA,NSG,PNE nonché gli obiettivi assegnati dalla Regione Toscana e gli indicatori del bersaglio MeS:

| Area strategica | obiettivo/ambito | AREA | | | | |
|--------------------------|---|------|---|------|---------|-------|
| | | H | T | PREV | AMM/TEC | STAFF |
| ATTIVITA' E PERFORMANCE: | Attività Ambulatoriale e Tempi di Attesa (PRGLA DGRT 604/2019) | X | X | | | X |
| | Attività di Prevenzione: rispetto indicatori LEA e Piano Regionale della Prevenzione | X | X | X | X | X |
| | Attività di Prevenzione in ambito COVID-19: Attività di tracciamento e presa in carico casi | X | X | X | X | X |
| | Attività di Prevenzione: Campagna vaccinale COVID-19 | X | X | X | X | X |
| | Attività di Pronto Soccorso - 118 | X | | | | |
| | Attività di Ricovero (rispetto indicatori LEA, NSG e MeS in criticità) | X | | | | |
| | Attività di Sala Operatoria e Tempi di Attesa Chirurgici (PRGLA DGRT 604/2019) | X | | | | |

| Area strategica | obiettivo/ambito | AREA | | | | |
|---|---|------|---|------|---------|-------|
| | | H | T | PREV | AMM/TEC | STAFF |
| | Attività Socio-Sanitaria Territoriale: efficienza ed appropriatezza | | X | X | | X |
| | PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE: risultato Bersaglio MeS | X | X | X | X | X |
| BUON USO DELLE RISORSE | Azioni di Appropriatezza uso farmaci e dispositivi | X | X | X | X | X |
| | Costi: beni sanitari, trasporti sanitari, rette sanitarie, assistenza protesica, assistenza domiciliare, personale ect. | X | X | X | X | X |
| OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE E SVILUPPO | Omogeneizzazione e Sviluppo della Rete Ospedaliera e Territoriale | X | X | | | X |
| | Revisione Regolamenti, Procedure e Attività Tecnico-Amministrative | | X | | X | X |
| | Revisione Regolamenti, Procedure e Percorsi Sanitari Aziendali | X | X | X | X | X |
| | Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) | | | | X | |
| | Progettazioni PNRR | | X | | X | X |
| QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO | Formazione | X | X | X | X | X |
| | Prevenzione e Sicurezza | X | X | X | X | X |
| | Qualità e Accreditamento | X | X | X | X | X |
| | Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure | X | X | X | | X |
| | Trasparenza e Anticorruzione | X | X | X | X | X |

L'Azienda Toscana Sud Est ha inoltre una particolare attenzione alla **promozione delle pari opportunità**, l'organizzazione del lavoro, la conciliazione lavoro-famiglia, la distribuzione dei carichi assistenziali, il mobbing, la discriminazione, tutto questo, valutato e considerato dal punto di vista delle donne e uomini che lavorano in Sanità.

L'Azienda dedica risorse e tempo alla questione del "genere", attraverso alcuni strumenti come il CUG (Comitato Unico di Garanzia), la struttura di "Promozione ed etica della salute", che spazia dal Codice Rosa all'educazione alla salute, dalla Medicina di genere alla cooperazione internazionale, fino alla salute dei migranti e all'empowerment per le cronicità.

In questi ambiti stanno proseguendo le azioni relativamente a:

- Organizzazione corsi per neo-assunti
- Miglioramento dell'informazione e della formazione in tema di sicurezza sul lavoro

- Attivazione di percorsi formativi da rivolgere, a seconda della tematica, a tutti i dipendenti (Lavoro di gruppo e leadership, empowerment organizzativo, Gestione dell'ansia e dello stress, Medicina di genere, ect)
- Lavoro agile e conciliazione vita-lavoro

A dimostrazione della particolare sensibilità riguardo alle tematiche relative alla promozione delle pari opportunità, con deliberazione n° 877 del 31 luglio 2019, l'Azienda ha adottato il Piano di Azioni Positive 2019-2020 che, in attesa dell'approvazione del successivo Piano, si allega al presente documento, come allegato n°1.

Performance organizzativa

Il Processo di Misurazione e Valutazione della Performance, che prende avvio proprio da questo Piano, si articola nelle seguenti fasi:

- Definizione di obiettivi, indicatori e valori attesi: traduzione degli obiettivi strategici in obiettivi operativi tramite la stesura delle Schede Budget
- Collegamento fra obiettivi ed allocazione risorse
- Monitoraggio in corso di esercizio ed eventuale attivazione di interventi correttivi
- Misura e valutazione della performance organizzativa ed individuale
- Utilizzo dei sistemi premianti
- Rendicontazione e pubblicazione dei risultati della performance.

La performance organizzativa è la declinazione della performance che l'Azienda intende ottenere sia come unità nel suo complesso, sia come articolazione di strutture organizzative.

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 alla singola struttura, articolando e focalizzando i contenuti operativi rispetto al contesto territoriale in un percorso condiviso.

Il programma operativo annuale esplicita dunque gli elementi fondamentali (obiettivi, azioni, indicatori e target) che caratterizzano le priorità dell'Azienda per il 2022 su cui si baserà poi la misurazione, il monitoraggio e la valutazione dei risultati, in coerenza con le linee strategiche individuate a livello nazionale, regionale e di area vasta.

Le fasi del programma operativo annuale possono essere così sintetizzate:

- Definire gli obiettivi aziendali in coerenza con gli indirizzi nazionali e regionali;
- Individuare le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi individuati;
- Identificare le strutture aziendali che concorrono al raggiungimento degli obiettivi;
- Essere uno strumento orientato ad una amministrazione che sia il più possibile trasparente;
- Costituire uno strumento di comunicazione per la cittadinanza e le istituzioni;
- Essere lo strumento operativo annuale funzionale al monitoraggio e alla verifica periodica della programmazione triennale prevista nel Piano integrato di attività e organizzazione.

Attualmente nell'Azienda USL SudEst ci sono oltre 500 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, pubblicate nel sito aziendale nell'apposito spazio "Amministrazione Trasparente-Performance" così come disciplinato dal DLGS n.33/2013 e s.m.i..

Inoltre le schede budget, sono consultabili da parte dei responsabili di struttura anche tramite apposito software aziendale, ottenendo così una maggiore fruibilità della scheda in tutte le fasi del ciclo di budget, un maggiore coinvolgimento di tutti gli attori, un miglioramento della comunicazione nei vari livelli e la velocizzazione del processo.

Per i tempi e modi dell'assegnazione degli obiettivi e delle fasi di negoziazione di budget si rimanda all'apposito Regolamento di applicazione del Sistema di Valutazione di Struttura pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente/Performance" del sito aziendale, nonché al documento "Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), che descrive il percorso di misurazione e valutazione su base annua della performance organizzativa ed individuale del personale dipendente dell'Azienda USL Toscana sud est.

Qui di seguito si riportano le **principali aree di intervento per l'anno in corso**, in parte derivati dagli obiettivi nazionali e regionali in parte specifici del livello aziendale che poi sono declinati in obiettivi specifici assegnati alle strutture aziendali:

Attività e performance

- Governo dei tempi di attesa dell'attività chirurgica e ambulatoriale sia in termini di appropriatezza della domanda e che di produzione (ottemperanza DGRT 604/2019; obiettivo prioritario a livello Regionale)
- Mantenimento del livello di erogazione in sicurezza e continuo miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie programmate dell'anno 2019
- Azioni di prevenzione del disagio e analisi per delle migliori strategie per rispondere all'aumento delle problematiche psichiche evidenziate nel periodo pandemico
- Attenzione alle azioni di tracciamento, isolamento, presa in carico Covid positivi e contatti
- Sviluppo di tutte le misure di prevenzione e igiene ospedaliera incluso le vaccinazioni, con particolare impegno nella campagna vaccinale Covi-19

Qualità e formazione

- Attenzione alle politiche del personale: formazione, valorizzazione del personale, coinvolgimento delle multiprofessionalità nelle decisioni e nel confronto volto al miglioramento
- Prosecuzione nello sviluppo delle azioni per il miglioramento della sicurezza nelle cure
- Attenzione alla qualità percepita dall'utente

Progetti organizzativi di innovazione e sviluppo

- Utilizzo della prescrizione elettronica/dematerializzata almeno al 90%
- Sviluppo del territorio in rete con attenzione alla evoluzione delle USCA
- Revisione dell'organizzazione della rete ospedaliera in sinergia con il territorio e applicazione di modifiche organizzative temporanee legate all'emergenza Covid.
- PNRR: progettazione e implementazione Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali (COT-ACOT);

- Prosecuzione dell'implementazione SEUS (Servizio Emergenza Urgenza Sociale) di cui alla DGRT 838/2019 con coinvolgimento progressivo di tutte le Zone e integrazione nelle Case della Comunità e con i processi di continuità O-T e Codice Rosa.
- Implementazione della Centrale Unica 116-117 secondo le indicazioni regionali
- Prosecuzione nel processo di informatizzazione: cartella clinica informatizzata, Sistema Informativo Territoriale Regionale (AsterCloud) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio
- Valutazione della congruenza del parco tecnologico e informatico in termini di adeguatezza, efficienza, innovazione e sostenibilità
- Sviluppo di nuovi modelli organizzativi sia in ambito medico che chirurgico sostenibili, innovativi, flessibili (Lean Project)
- Consolidamento procedure per l'ordine elettronico NSO
- Adozione di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili per i vari fattori produttivi

Risorse

- Miglioramento o mantenimento della distribuzione diretta
- Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e governo della spesa

In materia di personale, si dovrà operare conformemente a quanto contenuto nella programmazione triennale del fabbisogno. In ogni caso la gestione del turnover dovrà rimanere oculata ed ispirata al perseguimento graduale dei riferimenti normativi in materia. In quest'ottica, anche i costi per prestazioni aggiuntive dovranno tendere ad una graduale riduzione, seppur compatibile con l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. L'impegno dell'azienda sarà comunque rivolto alla stabilizzazione del personale.

Per quanto riguarda il bilancio complessivo, l'Azienda, in questi anni, ha mostrato ottimi risultati socio sanitari in termini di qualità ed appropriatezza che dovrà mantenere e migliorare avendo come riferimento il perseguimento dell'equilibrio economico.

Sui beni sanitari, la Regione ci chiede uno sforzo per la riduzione della spesa in particolar modo della farmaceutica, lavorando sull'appropriatezza prescrittiva e ponendo particolare attenzione all'erogazione diretta.

Di seguito un elenco degli obiettivi assegnati nel budget 2022 che potranno essere integrati e aggiornati secondo le ulteriori indicazioni regionali e le revisioni periodiche infra-annuali.

| Descrizione Capitolo | Descrizione Sottocapitolo | Descrizione KPI | Obiettivo |
|--------------------------------|-------------------------------|--|-------------|
| ATTIVITA' E PERFORMANCE | Attività Ambulatoriale | Attività ambulatoriale in LIBERA PROFESSIONE: numero prestazioni ALP / numero prestazioni in Istituzionale | 1 |
| | | Attività ambulatoriale per i pazienti long-COVID. % visite effettuate rispetto al numero di richieste pervenute. | 90 |
| | | TELEVISITE: implementazione attività. N° prestazioni attraverso televisita | >=anno 2021 |
| | | TEMPO DI ATTESA : % prestazioni erogate entro la soglia regionale | 90 |
| | | TEMPO DI ATTESA : % ricette con priorità assegnata | 90 |
| | | TEMPO DI ATTESA: Catchment index % | 75 |

| Descrizione Capitolo | Descrizione Sottocapitolo | Descrizione KPI | Obiettivo |
|----------------------|--|---|-----------------------|
| | | Volumi attività. % di prestazioni ambulatoriali dell'anno in corso rispetto al numero di prestazioni ambulatoriali dell'anno precedente | 90 |
| | Attività di Prevenzione | Copertura per vaccino antimeningococcico | 95 |
| | | Copertura per Vaccino Antinfluenzale >= 65 anni | 75 |
| | | Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari | 50 |
| | | Copertura per vaccino antipneumococcico | 95 |
| | | Copertura per vaccino esavalente | 95 |
| | | Copertura per vaccino HPV | 75 |
| | | Copertura per vaccino MPR | 95 |
| | | Covid-19: % apertura pratiche dei nuovi casi positivi entro 24 ore | 95 |
| | | Covid-19: % tamponi validati/firmati sul totale tamponi effettuati (molecolari e antigenici) entro 24 ore | 95 |
| | | Estensione corretta dello screening colorettales | 100 |
| | | Estensione corretta dello screening mammografico | 100 |
| | | MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO -Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi infor | 100 |
| | | MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO -Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza | 100 |
| | | Monitoraggio e controllo del contagio da covid 19 nelle scuole. % casi covid nelle scuole gestiti dalla U.F./casi covid presente nell'età scolare | 100 |
| | | Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare | 7,5 |
| | | Vaccinazione COVID 19 ai bambini in fascia di età 5-11 anni | 80 |
| | | Vaccinazione COVID 19. Effettuazione 3° dose alla popolazione sopra i 12 anni | 80 |
| | Attività di Pronto Soccorso - 118 | % di accessi ripetuti in PS entro 72 ore | indicazioni regionali |
| | | Centrale Unica 116117: implementazione progetto secondo le indicazioni regionali. % di realizzazione. | 100 |
| | | Intervallo Allarme - Target Dei Mezzi Di Soccorso. Minuti fra ricezione chiamata e arrivo del mezzo | indicazioni regionali |
| | | Percentuale di abbandoni al Pronto Soccorso non presidiati | 2 |
| | | Percentuale di ricoveri su Numero accessi al Pronto Soccorso | <=anno 2021 |
| | Attività di Ricovero | Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti | 15 |
| | | % di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche | indicazioni regionali |
| | | Degenza Media (gg) | <= anno 2021 |
| | | N° interventi di chirurgia robotica | >=2021 |
| | | Percentuale di fratture operate entro 48 ore | 80 |
| | | TEMPO DI ATTESA : % di ricoveri per interventi programmati non oncologici che rispettano la soglia regionale di prestazioni erogate entro 30 gg | 90 |
| | | TEMPO DI ATTESA : % di ricoveri per interventi programmati oncologici che rispettano la soglia regionale di prestazioni erogate entro 30 gg | 90 |
| | | Traumatologia: % operati entro 48 ore | 80 |
| | Attività di Sala Operatoria | Integrazione team professionali: % di operatori che effettuano interventi chirurgici in sedi diversi da quello o quelli di afferenza della propria UO | >=anno 2021 |
| | | Rispetto degli orari standard di inizio delle sale operatorie: % sedute che rispettano lo standard | 80 |
| | | Volumi attività. % di interventi chirurgici anno in corso rispetto al | 90 |

| Descrizione Capitolo | Descrizione Sottocapitolo | Descrizione KPI | Obiettivo |
|-------------------------------|---|---|---------------------------|
| | | numero interventi chirurgici anno anno 2019 | |
| | Attività Gestionale di Supporto | Approvazione con deliberazione del Direttore Generale dell'aggiornamento del Manuale di Conservazione dell'Azienda USL Toscana Sud Est. % di raggiungimento. | 100 |
| | | Avvio progettazione Pronto Soccorso secondo il decreto PNRR. % di realizzazione | 100 |
| | | Definizione Schede POA (Programma Operativo Annuale). Completezza delle informazioni e appropriatezza delle schede inserite nel rispetto dei tempi stabiliti in piattaforma Proweb 2.0 proweb.toscana.it | 100 |
| | | Implementazione Cartella elettronica Pleiade. % cartelle cliniche con modalità elettronica su totale cartelle cliniche. | 100 |
| | | Implementazione cruscotto SDO su piattaforma Qlik. % di realizzazione. | 100 |
| | | Implementazione cruscotto SPA su piattaforma Qlik. % di realizzazione. | 100 |
| | | Implementazione Data Mart Sale Operatorie su DWH. % di realizzazione. | 100 |
| | | Implementazione dell'ordine elettronico (NSO): % di utilizzo NSO sul totale degli ordini effettuati | 90 |
| | Attività Socio-Sanitaria Territoriale | Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1) | 4 |
| | | Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2) | 2,5 |
| | | Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3) | 2,2 |
| | | Covid-19: % presa in carico da parte delle USCA dei nuovi casi entro 24 ore | 95 |
| | | N. incontri con i dirigenti degli istituti scolastici dell'area territoriale aziendale per la condivisione delle progettualità inerenti la promozione della salute. | 3 |
| | | Realizzazione di incontri di informazione sui servizi di salute mentale e dipendenze con cittadini extraeuropei. N. Incontri. | 4 |
| | | Sperimentazione nuova cartella clinica territoriale: monitoraggio dei requisiti previsti dall'accreditamento per la UF cure primarie attraverso la verifica su un campione di cartelle cliniche territoriali (cure intermedie/ADI) , compilazione della check I | 80 |
| | PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE | Indagine PREMs sul ricovero ordinario. % arruolati su dimessi | 30 |
| | | Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana. (valore medio performance) | 2,97 |
| | | Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica | 40 |
| BUON USO DELLE RISORSE | Azioni di Appropriattezza | Contenimento costi per TRASPORTI SANITARI in dimissione. % trasporti su dimessi | <=anno 2021 |
| | | Effettuazione di riunioni per appropriatezza prescrittiva farmaceutica convenzionata. N°2 riunioni da effettuare per ogni AFT | 200% |
| | Costi | ASSISTENZA PROTESICA: rispetto budget assegnato | rispetto budget assegnato |
| | | Assistenza residenziale / semiresidenziale e inserimenti lavorativi per utenti DSM: rispetto budget assegnato | rispetto budget assegnato |
| | | Assistenza residenziale e semiresidenziale DISABILI: rispetto budget assegnato | rispetto budget assegnato |
| | | Assistenza residenziale/semiresidenziale per utenti DSM: Rispetto budget assegnato | rispetto budget assegnato |
| | | BENI NON SANITARI: Rispetto Budget assegnato | rispetto budget assegnato |
| | | BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato | rispetto budget assegnato |
| | | Costi per ass. domiciliare in convenzione | rispetto budget assegnato |
| | | Costi per servizi resi da cooperative , contributi e sussidi erogati nell'ambito del FNA - Rispetto budget assegnato | rispetto budget assegnato |

| Descrizione Capitolo | Descrizione Sottocapitolo | Descrizione KPI | Obiettivo |
|--|---|--|---------------------------|
| | | CURE INTERMEDIE - rette per utenti anziani in moduli di cure intermedie e ospedale di comun ità: rispetto budget assegnato | rispetto budget assegnato |
| | | Distribuzione Diretta: % pazienti con distribuzione diretta rispetto il totale dei pazienti trattati (in regime di ricovero o ambulatoriale) | rispetto budget assegnato |
| | | Monitoraggio budget trasversali secondo la Delibera Aziendale | rispetto budget assegnato |
| | | RETTE IN COMUNITA' e INSERIMENTI LAVORATIVI per utenti SERT: rispetto budget assegnato | rispetto budget assegnato |
| | | Rette RSA per anziani non autosufficienti: rispetto budget assegnato | rispetto budget assegnato |
| | | Riabilitazione Ex art.26. Rispetto budget assegnato | rispetto budget assegnato |
| | | SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: importo pro capite | rispetto budget assegnato |
| | | SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Rispetto budget aziendale | rispetto budget assegnato |
| | | Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato | rispetto budget assegnato |
| OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE E SVILUPPO | Omogeneizzazione e Sviluppo della Rete Ospedaliera e Territoriale | Convocazione di Comitati di Dipartimento con coinvolgimento di tutte le figure professionali previste dal regolamento. N° Comitati effettuati rendiconti attraverso verbale | 4 |
| | | Convocazione di Uffici di Direzione con coinvolgimento di tutte le figure professionali previste dal regolamento. N° Uffici di Direzione effettuati rendiconti attraverso verbale | 4 |
| | Processi Aziendali | % rendicontazioni obiettivi di autovalutazione budget anno precedente. Rendicontazioni da effettuare entro il 31/03. | 90 |
| | | Analisi e progettazione affiancati da Gruppo Lean Aziendale e realizzazione dell'A3. % di realizzazione. | 100 |
| | | Assegnazione Obiettivi individuali anno in corso: % di personale per la quale si è avviata la fase di assegnazione entro il 30/06. Schede individuali gestite rispetto al totale del personale della struttura. | 80 |
| | | Rendicontazione da ufficio valutazione | |
| | | Chiusura negoziazioni di 2 ^a e 3 ^a livello con firma elettronica nel software Metrica entro il 31/05 | 100 |
| | | Chiusura valutazione individuale anno precedente: % di personale per la quale si è conclusa la fase di valutazione entro il 28/02. Schede individuali gestite rispetto al totale del personale della struttura. Rendicontazione da ufficio valutazione | 90 |
| | | Divulgazione, monitoraggio ed eventuali proposte di revisione Budget. Riunione di Struttura da effettuare nel 3 ^a trimestre e rendicontare sul SW Metrica entro il 30/09. | 1 |
| | | Inserimento su piattaforma dedicata per il budget anno successivo, da effettuare entro il 30/11, di almeno una proposta di obiettivo (max 3) specifico per la propria struttura o obiettivi trasversali per altre strutture. | 1 |
| | | Relazione dettagliata sull'andamento di tutti gli obiettivi di Budget presenti nella scheda da allegare sul SW Metrica entro il 30/09. | 1 |
| | Revisione Regolamenti, Procedure e Attività Tecnico-Amministrative | Adeguamento del piano dei fabbisogni di personale in base alle indicazioni regionali prossime venture. Elaborazione proposta di aggiornamento del PTFP | 100 |
| | | Implementazione nuova procedura di gestione delle richieste di service di tecnologie sanitarie. Predisposizione modulistica aziendale | 100 |
| | | Omogeneizzazione procedura rimborso ticket.: Redazione procedura/documento con indicazioni operative. | 100 |
| | Revisione Regolamenti, Procedure e Percorsi Sanitari | Aggiornamento protocollo partoanalgesia: nuova edizione in base anche alle restrizioni COVID. % di realizzazione. | 100 |

| Descrizione Capitolo | Descrizione Sottocapitolo | Descrizione KPI | Obiettivo |
|---|---|--|--------------|
| | Aziendali | | |
| | | Elaborazione protocollo per migliorare la continuita' assistenziale Ospedale-Territorio. % di realizzazione. | 100 |
| | | Incremento ricette dematerializzate. % ricette farmaceutica | 90 |
| | | Incremento ricette dematerializzate. % ricette specialistica | 90 |
| | | Redazione procedura aziendale " Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico in ambito chirurgico". Stesura condivisa con gruppo di lavoro e pubblicazione/diffusione procedura. | 100 |
| | | Revisione regolamenti di organizzazione dei dipartimenti e dei Presidi Ospedalieri. % di realizzazione | 100 |
| | | Segnalazioni ACOT: % segnalazioni entro 48h | >= anno 2021 |
| QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO | Formazione | Predisposizione, deliberazione PAF ed invio in Regione entro il termine stabilito. Predisposizione documento. % di realizzazione. | 100 |
| | | % eventi formativi realizzati all'interno della macro-struttura di riferimento su N° eventi formativi previsti per la macro-struttura nel piano di formazione x100 | 80 |
| | | % di possesso attestato corso Antincendio rischio medio da parte del personale assegnato | 20 |
| | Prevenzione e Sicurezza | Applicazione delle Raccomandazioni Ministeriali relative alla Prevenzione e alla Gestione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. N° incontri annuali verbalizzati | 1 |
| | | Predisposizione scheda per approfondimento infortuni. Predisposizione documento | 100 |
| | Qualità e Accreditamento | % SDO chiuse entro il giorno 10 del mese successivo. | 95 |
| | | Audit sulle attività integrate di prevenzione e controllo delle infezioni e del contenzioso: andamento prescrizione antibiotica, monitoraggio multiresistenze ed ICA, presentazione dati su sinistri e reclami , con i Dipartimenti Clinici dei PPOO, n. 4 AUDIT | 4 |
| | | Controllo del monitoraggio delle procedure effettuato da strutture/dipartimenti clinici attraverso gli appositi indicatori di esito e/o processo N° report esiti del monitoraggio predisporre | 1 |
| | | Incontro con i MMG con riferimento alla propria AFT di pertinenza territoriale allo scopo di ridurre la incidenza delle richieste mediche inappropriate. N. di richieste inappropriate ricevute < rispetto anno precedente | |
| | | Monitoraggio sulla corretta gestione dei registri operatori in materia di conservazione, archiviazione e compilazione degli stessi, attraverso controlli effettuati in collaborazione con la DMPO e produzione di documenti di verifica, a cadenza trimestrale. | 4 |
| | | Produzione di risk maps sul rischio sanitario legato a sinistri e reclami per l'impiego da parte delle Direzioni delle UUOO Cliniche nei processi di monitoraggio esiti, di risk assessment e di risk control finalizzati alla sicurezza delle cure: | 9 |
| | | | |
| | Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure | Compilazione delle schede relative alle pratiche per la sicurezza (dolore, cadute, lesioni da pressione valutazione patrimonio venoso, monitoraggio CVC). Stesura e analisi report di sintesi con eventuali azioni di miglioramento. N° Report annui da produr | 4 |
| | | Corretta Gestione Carrello di Emergenza. N° Controlli campionari, effettuati dalla DMPO, con esito positivo | 12 |
| | | Numero Audit Clinici (per struttura) | 1 |
| | | Numero MMR (per struttura) | 3 |
| | | Utilizzo della Check list del percorso chirurgico. % di utilizzo. | 90 |
| | | Verifica del rispetto delle procedure di sicurezza e del corretto utilizzo DPI : N. report bimestrali delle schede di verifica dell'applicazione delle procedure aziendali per le misure anticontagio da SARS-COV-2 di ogni struttura UOP/OM | 6 |
| | Trasparenza e Anticorruzione | Divulgazione del Piano Triennale Anticorruzione e del nuovo Codice di Comportamento riscontrabile da riunione di struttura o di altre | 1 |

| Descrizione Capitolo | Descrizione Sottocapitolo | Descrizione KPI | Obiettivo |
|----------------------|---------------------------|--|-----------|
| | | iniziative dove risulti il livello di partecipazione degli operatori. Numero riunioni e/o iniziative. | |
| | | Mappatura processi (attività) su format aziendale (questionario on-line disponibile su intranet con istruzioni per la compilazione e elenco esemplificativo processi) di n. 2 processi attinenti le proprie funzioni e contestualmente rientranti nelle aree a rischio | 2 |

Performance individuale

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) è il documento di riferimento che illustra la metodologia adottata per misurare e valutare la performance sia organizzativa che individuale. Come previsto dall'art. 7 del D.Lgs. n. 150/2009, le amministrazioni pubbliche sono tenute ad adottare e aggiornare annualmente, previo parere vincolante dell'Organismo Indipendente di Valutazione, il SMVP. Il sistema di misurazione della performance organizzativa e della performance individuale del dipendente pubblico è strettamente collegato alla necessità di creare valore pubblico.

Per ogni singolo operatore la valutazione è finalizzata a:

- individuare le potenzialità, valorizzando le risorse professionali più attive e qualificate nell'ambito di ciascun profilo professionale di appartenenza;
- favorire la crescita professionale attraverso piani formativi adeguati;
- promuovere e stimolare il miglioramento delle prestazioni e professionalità;
- favorire lo sviluppo del senso di responsabilità, dell'autonomia e capacità decisionale, nel rispetto dei contenuti dei profili professionali di afferenza e dei contenuti delle norme che disciplinano le attività dei lavoratori;
- sviluppare la cultura organizzativa, consentendo al singolo operatore di partecipare ai processi decisionali e al miglioramento del clima interno aziendale (inteso come dinamiche relazionali e di comunicazione), così da permettere, attraverso la diffusione e circolazione delle norme, dei valori, delle idee, una coesione tra le persone che fanno parte dell'azienda;
- acquisire informazioni per migliorare la gestione delle risorse umane, attraverso il coinvolgimento attivo di tutti gli attori del sistema.

Il sistema di valutazione della performance individuale è strettamente connesso con gli obiettivi strategici ed annuali aziendali prevedendo la declinazione di obiettivi chiari e misurabili che rendano possibile indirizzare la performance nel corso del breve periodo, come nell'arco di durata dell'incarico affidato, puntando alla valorizzazione dei punti di forza in costante dialogo con il dirigente di riferimento. Gli obiettivi strategici si traducono in obiettivi operativi assegnati alle strutture organizzative aziendali mediante le negoziazioni di budget. Sono quindi direttamente attribuiti al personale dirigenziale titolare di budget: Direttori di Dipartimento, di Struttura Operativa Complessa, di Struttura Operativa Semplice Dipartimentale, Struttura Operativa Semplice e di Unità Funzionale. La loro scheda di valutazione individuale prevede che la parte legata al perseguimento degli obiettivi di struttura sia conseguita in funzione della risultanza della relativa scheda budget. A loro volta, i predetti Direttori, nell'ambito del più ampio sistema e ciclo della performance, provvederanno a declinare nelle relative schede individuali di valutazione relativamente all'item della dimensione professionale obiettivi coerenti con quelli declinati nel Budget a tutto il personale afferente alle loro rispettive strutture, sia dell'area della Dirigenza che dell'Area del Comparto. In armonia con quanto previsto dal D.Lgs. 286/1999, dalla normativa regionale e dal CCNL, l'Azienda USL Sudest adotta un processo di valutazione gestito e garantito dalla linea gerarchica.

La valutazione della performance individuale si basa sui seguenti principi:

- diretta conoscenza dell'attività del Valutato da parte del Valutatore;

- rispetto della linea gestionale nell'individuazione del soggetto Valutatore;
- informazione adeguata e partecipazione attiva;
- garanzia del contraddittorio;
- individuazione di obiettivi oggettivamente raggiungibili;

e si sviluppa su tre dimensioni:

- misurazione e valutazione della prestazione collettiva, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura. Ambito in cui viene misurata e valutata la prestazione collettiva, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi certificati dall'OIV - Scheda Budget;
- misurazione e valutazione della prestazione individuale, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali attribuiti come declinazione di quelli assegnati alla struttura organizzativa di appartenenza e agli incarichi professionali e gestionali attribuiti delle diverse competenze e dei livelli di responsabilità – Scheda Individuale parte B1;
- misurazione e valutazione dei comportamenti attesi, ovvero misurazione e valutazione dei comportamenti e delle competenze (la realizzazione concreta delle attività lavorative) ovvero la valutazione delle caratteristiche individuali che definiscono le risorse dentro l'azienda, l'insieme integrato di saperi che caratterizzano l'agire (aspetti tecnici, relazionali, educativi, nonché conoscenze in genere, abilità ed esperienza) - Scheda Individuale parte B2.

All'interno della scheda i pesi relativi alle due dimensioni tengono conto del diverso livello di responsabilità e al crescere del livello aumenta il peso relativo alla valutazione degli obiettivi individuali secondo quanto riportato nelle tabelle seguenti:

AREA DIRIGENZA

| Livello di Responsabilità | Obiettivi individuali (Peso tot Sez. B1) | Comportamenti e Competenze Organizzative (Peso tot Sez. B2) |
|--|--|--|
| INCARICO STRUTTURA COMPLESSA STRUTTURA SEMPLICE (Titolare di Budget) | 70 (Coincide con la Scheda di Struttura) | 30 |
| INCARICO STRUTTURA SEMPLICE (Non Titolare di Budget) | 60 | 40 |
| DIRIGENTE (Anzianità > 5 anni) | 60 | 40 |
| NEO ASSUNTO (Anzianità < 5 anni) | 50 | 50 |

AREA COMPARTO

| Categoria/ Livello | Obiettivi individuali (Peso tot Sez. B1) | Comportamenti (Peso tot Sez. B2) |
|--|---|-------------------------------------|
| POSIZIONI ORGANIZZATIVE / COORDINAMENTI (*) | 70 | 30 |
| D-Ds | 60 | 40 |
| C | 50 | 50 |
| A-B-Bs | 40 | 60 |

(*) comprende anche le competenze organizzative

La Valutazione individuale del Personale, è lo strumento con cui l’Azienda ha la possibilità di conoscere il valore professionale dei dipendenti e l'opportunità per il lavoratore di acquisire maggiore consapevolezza del proprio percorso e del proprio valore e del ruolo nell’azienda, all'interno della quale è al centro della produzione dei servizi. Un modello, quindi, finalizzato alla consapevolezza e allo sviluppo delle potenzialità individuali, oltre che strumento alla base per poter distribuire le risorse economiche prevedendo, come da disposto normativo regionale, che il premio sia erogato secondo le seguenti quote percentuali complessive diversificate sempre per Area di appartenenza e che prevedono rispettivamente per dirigenza e comparto:

| Peso della Valutazione individuale sulla quota annuale di premio | Peso della Valutazione di struttura sulla quota annuale di premio |
|---|--|
| 40% | 60% |

| Peso della Valutazione individuale sulla quota annuale di premio | Peso della Valutazione di struttura sulla quota annuale di premio |
|---|--|
| 20% | 80% |

3.3 Rischi corruttivi

Gli attori del Sistema Aziendale di Prevenzione della corruzione e Trasparenza

IL RESPONSABILE

In data 31 gennaio 2021 ha cessato il proprio incarico per quiescenza il RPCT che ha svolto il ruolo con continuità a partire dal 11 agosto 2016.

Prendendo atto della complessità e della dimensione della nuova azienda in questi anni è maturata l'esigenza di tenere distinti i ruoli di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e di Responsabile della Trasparenza.

Per tal motivo con delibera del Direttore Generale n. 144 del 02 febbraio 2021 sono stati nominati sia il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (di seguito RPC), sia il Responsabile della Trasparenza (di seguito RT).

La scelta risponde ai criteri dettati da ANAC in quanto i due Responsabili ricoprono incarichi dirigenziali apicali, sono in possesso di adeguate competenze e mostrano, anche in virtù dell'anzianità di servizio e per i molteplici incarichi ricoperti, una buona conoscenza dell'organizzazione aziendale.

Gli stessi, essendo dirigenti di ruolo a seguito di concorso pubblico assicurano stabilità dell'incarico e non rappresentano figure di nomina fiduciaria dell'organo di indirizzo in quanto il sistema di valutazione e conferimento degli incarichi dirigenziali è contrattualmente disciplinato sulla scorta di criteri preordinati e non di nomina squisitamente fiduciaria.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ricopre l'incarico di Direttore Staff della Direzione Aziendale mentre la Responsabile della Trasparenza svolge l'incarico di Direttore della struttura complessa Relazioni con l'Utenza e Partecipazione.

In virtù degli incarichi ricoperti I due dirigenti non operano nella Aree a rischio e non ricoprono incarichi di gestione ed amministrazione attiva tali da poter generare conflitto di interessi non avendo nel novero delle proprie funzioni attività di esecuzione di contratti, Gestione del Patrimonio, Contabilità e Bilancio, Gestione del reclutamento e compensi del personale.

Gli stessi dirigenti non sono mai stati colpiti da misure interdittive dai pubblici uffici, condanne per reati contro la pubblica amministrazione, condanne della Corte dei Conti per Danno erariale, sanzioni disciplinari o sono stati al centro di fatti di cronaca tali da mettere a repentaglio l'immagine o la percezione della terzietà e trasparenza dell'Azienda ASL Toscana Sud Est.

GLI ATTORI DEL SISTEMA

I soggetti che concorrono allo svolgimento della funzione di Prevenzione della corruzione all'interno dell'ASL Toscana Sud Est sono:

- Il Direttore Generale
- Il Responsabile della Prevenzione della corruzione:
- Il Responsabile per la Trasparenza
- Il Personale a Supporto di RPC e RT
- L'Internal Audit
- La Rete Sinergica (partner privilegiati del RPC, per sottolineare quanto il responsabile sia “soltanto” il coordinatore e regista di una architettura complessiva dove ciascuno svolge specifiche funzioni e ruoli che concorrono al risultato finale - efficacia del sistema):
 - Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)
 - Area Affari Legali
 - Responsabile Protezione Dati (RPD)
 - Responsabile per la Transizione Digitale (RTD)
 - Gestore Aziendale Antiriciclaggio
 - Responsabile Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA)
 - Comitato Unico di Garanzia (CUG)
 - Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)
 - Referenti aziendali per la gestione del rischio corruttivo
 - Dirigenti
 - Dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda
 - Gruppo regionale RPCT

Preme approfondire il ruolo dei Referenti per la gestione del rischio corruttivo.

Il Referente è un dipendente/collaboratore che svolge un ruolo attivo nei processi/procedimenti in cui è impiegato, competente e capace nell'individuare e valutare (autovalutazione/monitoraggio di 1° liv) i rischi di esposizione alla corruzione delle attività che presiede.

Alcuni Referenti sono già stati individuati in ciascuna area di esposizione di rischio, attraverso una ricognizione avvenuta nel secondo semestre 2021.

Al completamento delle designazioni saranno nominati con atto aziendale nel corso del 2022.

Il gruppo usufruirà di una formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per costituire “gli interlocutori stabili del RPC e RT nelle varie unità organizzative aziendali (comprese le periferiche)”.

Saranno pertanto impegnati nell'attività di programmazione e attuazione della mappatura in modalità proattiva nei confronti del RPC, oltre che protagonisti del sistema di gestione del rischio per il Monitoraggio di I° livello relativo all'efficacia delle misure di prevenzione specifiche di cui sono titolari.

Si ricorda che il presente Piano si applica oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e ai componenti della Direzione Generale, del Collegio Sindacale e dell'OIV a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie, per quanto compatibile in relazione alla natura del rapporto e con i processi aziendali:

- medici, veterinari, psicologici ed altri a rapporto convenzionale;
- consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- personale assunto con contratto di somministrazione;
- borsisti, stagisti e tirocinanti

Obiettivi strategici del PTPCT 2022-24

La Direzione Generale ha valutato di confermare per il triennio 2022-2024 gli obiettivi strategici già espressi nel PTPCT 2019-2021.

| | |
|--|---|
| <p>Favorire il processo di consapevolezza e sensibilizzazione dei dipendenti e dirigenti alle politiche aziendali di anticorruzione e trasparenza attraverso l'adozione di una prospettiva di valorizzazione del loro ruolo. Partecipazione alla costruzione del sistema</p> | <p>Per i dipendenti e collaboratori</p> <p>incrementare la formazione con strumenti diversificati (lezione in aula, focus di approfondimento sui temi della trasparenza, gestione del conflitto d'interesse, codice di comportamento)</p> <p>Per i dirigenti direttori di ss.oo.</p> <p>Incrementare l'emersione dei comportamenti che possono contrastare i fenomeni di inefficienza e spreco di risorse</p> <p>favorire un ambiente attento al clima interno</p> <p>diffondere il nuovo codice di comportamento previsto a seguito dell'emanazione delle nuove linee guida ANAC</p> |
| <p>Dare conto ai cittadini dell'azione dell'azienda e del suo agire</p> | <p>Piena accessibilità agli atti, ai documenti e alle informazioni in possesso</p> <p>rafforzare il ruolo delle associazioni di volontariato e tutela aziendale e la loro partecipazione al</p> |

| | |
|--|-------------------------------------|
| | monitoraggio dei servizi aziendali. |
|--|-------------------------------------|

Implementare la consapevolezza etico-valoriale del dipendente pubblico, l'accessibilità e trasparenza nei confronti dei cittadini/utenti, non possono che essere obiettivi di medio- lungo periodo, rappresentando lo sviluppo di un processo culturale, di rinnovamento, di incremento competenze e formazione continua, anche della stessa società civile.

Per la relazione sinergica ed integrata tra il presente Piano e quello della Performance, RPC e RT si impegnano a garantire massima attenzione e trasparenza al regolare svolgimento/raggiungimento degli obiettivi di budget previsti per l'annualità 2022.

I principali ambiti di azione per il budget 2022 si pongono in continuità con gli scorsi anni.

Per un esame analitico, si rinvia al paragrafo 3.2 relativo alla "Performance", con particolare riferimento alla "Performance organizzativa".

Con deliberazione n° 179 del 1 febbraio 2022 l'Azienda ha adottato il Piano della Performance 2022/2024, che prevede al punto 4.4 il legame fra il Piano Anticorruzione ed il Piano della Performance. La coerenza tra i due documenti è assicurata con modalità tali che l'attuazione della trasparenza e dell'integrità costituiscano una responsabilità organizzativa oggetto di valutazione collettiva e individuale.

Infatti per facilitare l'implementazione di un chiaro programma di iniziative anticorruzione si ritiene necessario che le azioni e le misure di prevenzione della corruzione siano traslate, per quanto possibile, in obiettivi organizzativi. È quindi stato creato un concreto collegamento al Piano della Performance, traducendo gli obiettivi strategici relativi all'anticorruzione e trasparenza in obiettivi di performance organizzativa e individuale.

Nell'anno 2021, in continuità con gli anni precedenti, sono stati inseriti nel Ciclo delle Performance obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Piano Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, in quanto la promozione di maggiori livelli di trasparenza e di prevenzione della corruzione, costituisce obiettivo strategico dell'Azienda, che si traduce appunto, in obiettivi specifici declinati nelle Schede Budget dell'anno 2021 e previsti anche nella programmazione operativa 2022, nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del Sistema di Prevenzione.

Come riassunto nel prospetto in calce, nell'annualità 2021 sono stati assegnati i seguenti obiettivi specifici in materia di Prevenzione della corruzione e Trasparenza:

- divulgazione del Piano Triennale Anticorruzione e del nuovo Codice di Comportamento riscontrabile da riunione di struttura o altre iniziative dove risulti il livello di partecipazione degli operatori e gli argomenti trattati
- la mappatura dei processi dell'amministrazione (su specifico format standard aziendale) con valutazione del livello del rischio
- la produzione e aggiornamento sul sito web di informazioni utili al dipendente e/o cittadino

L'Amministrazione si impegna anche, tramite le strutture preposte al rispetto dal punto di vista formale e di tempistiche, delle norme sulla trasparenza amministrativa con le correlate comunicazioni e pubblicazioni di dati e di informazioni nel sito web spazio "Amministrazione Trasparente-Performance" così come disciplinato dal DLGS n.33/2013 e s.m.i.

Obiettivi 2021

| | | |
|---|---|---|
| <p>Performance organizzativa ed individuale</p> | <p>Divulgazione del Piano Triennale Anticorruzione e del nuovo Codice di Comportamento</p> <p>Mappatura/revisione dei processi (su specifico format standard aziendale) con valutazione del livello del rischio</p> | <p>riunione di struttura o altre iniziative dove risulti il livello di partecipazione degli operatori. Numero riunioni e/o iniziative >1</p> <p>Mappatura/revisione di almeno 2 nuovi processo tra quelli principali della struttura organizzativa</p> |
|---|---|---|

Analisi del contesto esterno e interno

CONTESTO ESTERNO

La pandemia COVID-19, emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, ha comportato per le aziende sanitarie di prendere delle decisioni in tempi brevi e di riallocare le risorse in modo adeguato.

La riorganizzazione iniziata nel 2020 e portata avanti nel 2021 dall'ASL Toscana Sud Est ha riguardato diversi aspetti e settori, che sono stati perfezionati, rielaborati e riadattati con l'evolversi della situazione epidemica. Settori che hanno interessato l'organizzazione stessa dell'Azienda, l'uso della tecnologia per il monitoraggio di tutte le informazioni sul Covid-19, la comunicazione con i pazienti, l'incremento dei posti letto in terapia intensiva, l'incremento delle cure intermedie, la riprogrammazione delle mansioni del personale ospedaliero, la collaborazione con soggetti terzi (imprese private, associazioni senza scopo di lucro, volontari).

In risposta all'emergenza epidemiologica l'Azienda ha posto in atto piani di risposta aziendali e procedure correlate al fine di produrre aggiornamenti tempestivi in relazione mutate condizioni.

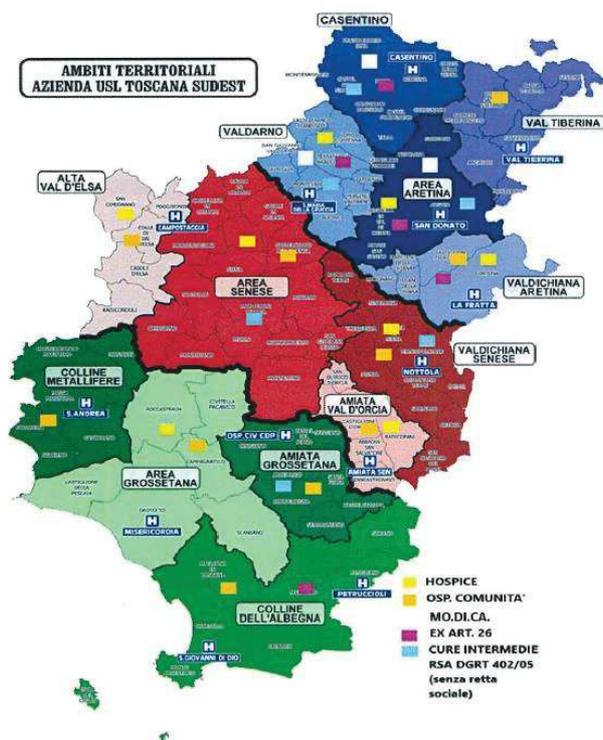
È emersa pertanto la necessità di dotarsi di modelli organizzativi flessibili e resilienti, caratterizzati dal coinvolgimento e dalla collaborazione di numerosi portatori d'interesse; è emersa inoltre la rilevanza della

formazione continua e delle competenze trasversali del personale e la necessità di implementazione del supporto tecnologico dedicato.

La prima ondata della pandemia nel territorio dell'ASL Toscana sud est del 2020, ha avuto, complessivamente, un impatto "ridotto" rispetto al resto della Toscana e dell'Italia; soprattutto nei primi mesi si sono mantenuti bassi il tasso dei casi per 100.000 abitanti, la mortalità e la letalità nel territorio di riferimento. In parte, questo è stato dovuto al fatto che il virus si è diffuso in ritardo, rispetto ad altre zone, e si è potuto beneficiare prima e con maggior efficacia, delle misure di contenimento messe in atto, tenendo conto delle marcate caratteristiche del territorio e la ben nota incidenza della popolazione anziana sia nel versante grossetano che senese.

Il mutato quadro epidemico durante il 2021 rispetto alla fase iniziale, ha comportato necessariamente modifiche di impianto organizzativo. Da gennaio 2021 è iniziata la distribuzione dei vaccini e questo ha comportato l'implementazione di nuove strutture su tutti i fronti con allestimento di Hub/sedi vaccinali di prossimità su tutto il territorio aziendale, e vaccinazioni sui camper dedicati. Contestualmente nel corso dell'anno sono state potenziate le attività di contact tracing con relativa acquisizione di personale dedicato.

Durante il 2021 è stato ulteriormente sviluppato il collegamento tra i 13 Presidi Ospedalieri e le 13 ACOT istituite sul territorio. La centrale di cronicità, dal 2020, si è trasformata in Centrale Covid. È stata potenziata una rete territoriale a livello aziendale:



I SETTING ORGANIZZATIVI FRUIBILI DAI TEAM

| | |
|------|---|
| 10 | Distretti Zona/Società della Salute |
| 13 | Stabilimenti Ospedalieri accorpati in 6 Presidi |
| 31 | Aft |
| 605 | Mmg |
| 97 | Pls |
| 24 | Case della Salute |
| 40 | pl Mo.di.ca |
| 169 | pl Ospedale di Comunità |
| 29 | pl Hospice |
| 117 | pl Riab ex art.26 |
| 90 | Rsa |
| 2453 | titoli di acquisto MODULO BASE |
| 12 | moduli MOTORIO |
| 106 | moduli COGNITIVO |
| 23 | moduli STATO VEGETATIVO |

le condizioni di gravità dello scenario epidemico hanno richiesto una espansione della capacità dei posti letto, di conseguenza è stata potenziata l'offerta dei moduli di cure intermedie e degli alberghi sanitari. Il programma di rimodulazione già attivato nel 2020 è proseguito durante 2021 con nuove attivazioni in relazione alle mutate condizioni. Anche l'attività programmata di ricovero ospedaliero è stata investita da cambiamenti e rimodulazioni, fatte salve le prestazioni non procrastinabili sia ambulatoriali che di ricovero e follow up.

www.uslhubdret.toscana.it
#salutetoscanausdest

Andamento COVID Dicembre 2020 vs 2021
RICOVERI

| | dicembre 2020 | | | dicembre 2021 | | |
|------|---------------|-----|----|---------------|-----|----|
| | AR | GR | SI | AR | GR | SI |
| C.I. | 72 | 54 | 32 | 47 | 66 | 20 |
| N.I. | 246 | 112 | 0 | 69 | 119 | 0 |
| T.I. | 45 | 28 | 4 | 9 | 17 | 0 |
| TOT | 363 | 194 | 36 | 125 | 202 | 20 |
| | 593 | | | 347 | | |

Con il Covid sono nati portali e app regionali che inevitabilmente hanno prodotto mutamenti di ordine organizzativo e gestionale, che hanno permesso il tracciamento del percorso completo del paziente covid, consultazioni di esiti tamponi per i MMG e PLS, attivazione delle USCA, gestione dei casi da parte delle USCA.

Nel corso del 2021 anche il Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva ha ulteriormente sviluppato funzioni per la gestione dei processi e la raccolta dati dei Dipartimenti di Prevenzione.

In merito allo sviluppo e importanza della informatizzazione, l'Azienda USL Toscana Sud Est, nel 2021 ha ulteriormente potenziato Telemedicina con interventi comprendenti Teleconsulto – Televisita – Telemonitoraggio con piattaforme dedicate. Con il Covid il potenziamento del teleconsulto è andato a supporto dei Medici di Medicina Generale, delle USCA, per pazienti in ospedali periferici in attesa di tampone, per evitare prime visite in pazienti fragili. Le Televisite hanno permesso di ottenere rapide consulenze dall'esterno dei reparti COVID, di effettuare consulenze rapide e senza spostamenti dello specialista verso gli altri reparti, PS e pre-triage e infine consulto ed invio di Ecografie, Segnali vitali, etc. verso dispositivi dei professionisti in ospedale e non.

Infine, sempre nel corso del 2021, in recepimento di quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, l'Azienda Usl Toscana Sud Est ha previsto interventi strutturali a partire dal 2022 finalizzati alla realizzazione delle:

- Case della Comunità Hub
- Ospedale delle Comunità
- Centrali Operative Territoriali

La rete dei servizi territoriali finanziata con fondi PNRR si integra con la rete di offerta dei servizi sul territorio attivi o in corso di attivazione o in fase di progettazione (il cui finanziamento è definito con risorse ex art. 20 Legge Finanziaria n. 67/78).

CONTESTO INTERNO

L'organizzazione aziendale che ha preso avvio nell'anno 2020 e che ha notevolmente modificato l'assetto precedente sia in ambito tecnico amministrativo (Delibera n° 794 del 20 luglio 2020 "Attivazione nuova organizzazione dei Dipartimenti Amministrativi e Tecnici e dello Staff della Direzione Aziendale") che sanitario (Delibera n° 1014 del 15 settembre 2020 "Completamento attivazione nuova organizzazione di parte sanitaria e successive integrazioni"), prevede un'articolazione organizzativa dettagliatamente descritta nella "Scheda anagrafica dell'amministrazione" (in particolare, nel par. 2.3. e nel par. 2.4.) e in "Organizzazione e capitale umano" (in particolare, nel par. 4.1).

Mappatura dei processi

Nel corso del 2021 il processo di aggiornamento e monitoraggio del Piano, nonostante l'emergenza sanitaria ancora in essere, si è svolto attraverso il consueto doppio binario:

- rilevazione di nuovi (o aggiornamento/revisione) processi a rischio e individuazione di eventuali relative misure di prevenzione (questionario on line)

- monitoraggio (efficacia e sostenibilità) delle misure di prevenzione per la conferma/aggiornamento di quelle in essere (questionario on line)

Si riportano le istruzioni aziendali predisposte a supporto delle Strutture per le attività di rilevazione e monitoraggio:

Pubblicazione nella pagina Intranet – sottosezione “Integrità e Trasparenza” - Strumenti:

- link di accesso al questionario online per effettuare/completare la mappatura di tutti i processi e procedimenti amministrativi aziendali da parte di tutti i dirigenti responsabili di struttura complessa, semplice o funzionale (amministrativi, tecnici, sanitari)
- video tutorial per la compilazione del questionario on line
- catalogo dei processi mappati aggiornato che permette l'aggregazione dei processi per aree a rischio generali e specifiche (come suggerito da Anac nel PNA 2019/2021)
- elenco dei procedimenti amministrativi pubblicati sulla pagina internet istituzionale con i dati obbligatori ex Dlgs. 33/2013
- elenco delle aree a rischio e un elenco esemplificati di processi da mappare
- Sistema di tutoraggio fornito dallo Staff Anticorruzione sia per l'inserimento dei dati nella procedura sia per supporto attivo in presenza (incontri, Tavoli di lavoro, webinar)

Nel secondo semestre 2021 è stata attivata la piattaforma online per assicurare la registrazione dei processi/procedimenti e la compilazione del questionario per l'identificazione e valutazione del rischio, oltre alla raccolta dei dati obbligatori da pubblicare ai sensi del Dlgs. 33/2013 sui procedimenti amministrativi.

Nell'annualità sono stati mappati n.472 processi e n.77 procedimenti amministrativi.

L'attività in oggetto si è svolta come di consueto con il supporto e coordinamento del RPC e del suo Staff attraverso consulenze, focus di approfondimento, tavoli di lavoro.

Di seguito le aree di mappate ad oggi dalla ASL Toscana Sud Est:

- Acquisizione e gestione del Personale (ex Acquisizione e progressione del personale)
- Contratti pubblici (ex Affidamento di lavori, servizi e forniture)
- Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni)
- Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè sovvenzioni, contributi, sussidi)
- Gestione delle entrate, delle spese/bilancio e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Incarichi e nomine
- Affari legali e contenzioso

- Attività libero professionale
- Liste di attesa
- Rapporti contrattuali con privati accreditati
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Donazioni
- Sponsorizzazioni formazione
- Altre sponsorizzazioni

A partire dalla costituzione dell'Azienda sono stati mappati circa 1500 processi compresi i 472 soltanto del 2021.

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

La Valutazione del rischio

La ASL Toscana Sud Est nel corso del 2021 ha operato al fine di adeguarsi a quanto previsto nelle indicazioni metodologiche di cui all'allegato 1 del PNA ANAC 2019 (Delibera n° 1064 del 13 novembre 2019).

A tal proposito, per l'analisi del contesto interno, sono stati presi in esame i processi mappati da ciascun dirigente di struttura dal 2018 ad oggi.

Come già specificato nei precedenti Piani aziendali, l'Azienda annualmente ha posto, come obiettivi di budget ai dirigenti di struttura, la mappatura di n° 2 processi attinenti le proprie funzioni compresi nelle aree a rischio indicate da ANAC o in alternativa n.2 processi attinenti le proprie funzioni come da Regolamento aziendale.

Nella seconda parte dell'anno 2021, il RPC ha ritenuto opportuno effettuare una selezione mirata dei circa 1500 processi mappati in Azienda dal 2018 al 2021 (di cui 472 soltanto nell'anno 2021), rispetto ai quali ha scelto di realizzare una valutazione del rischio e un trattamento del rischio quanto più possibile attinenti alle indicazioni metodologiche del PNA 2019.

L'Identificazione del rischio

Si è pertanto provveduto a selezionare 60 processi afferenti alle aree di rischio individuate da ANAC (v. allegato n°2 "selezione 60 processi") ritenuti maggiormente significativi, anche a seguito di incontri ed audit con le strutture interessate ed in funzione delle attività più impattanti che si prospettano alla luce degli adempimenti legati all'attuazione del PNRR.

L'analisi dei circa 1500 processi e del grado di rischio in essi rilevati, unita alla conoscenza degli aspetti più delicati della vita dell'Ente, confortata dagli esiti degli incontri e riunioni con le varie strutture e in prospettiva dei processi che implicano la gestione delle risorse finanziarie derivanti dal PNRR, hanno indotto a concentrare l'attenzione su quei processi di pertinenza dell'Azienda che maggiormente possono essere di interesse per il fenomeno corruttivo.

Per effettuare la valutazione del rischio di ciascun processo selezionato, si è proceduto a costruire uno strumento di valutazione (v. allegato n°3 “scheda di gestione del rischio”), composto di n°3 sezioni.

La prima sezione “valutazione del rischio inerente” prevede l’analisi dei fattori abilitanti degli eventi corruttivi, cioè dei fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Al fine di stimare l’esposizione al rischio di ciascun processo in esame, nella stessa scheda relativa alla “valutazione del rischio inerente” sono stati individuati n°10 indicatori di rischio ritenuti particolarmente significativi per le attività istituzionali dell’Azienda rispetto ai quali è stato richiesto di esprimere una valutazione.

Alcuni indicatori corrispondono anche ai fattori abilitanti con la convinzione che il grado di rischio è influenzato dai primi.

Per realizzare l’approccio qualitativo osservando il “criterio generale di “prudenza” per non sottostimare il rischio, è stato chiesto ai Titolari dei n°60 processi prescelti di “auto valutare” il livello di rischio dei propri processi mappati, con specifiche motivazioni, “fornendo evidenze a supporto-dati oggettivi” (dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari, etc..).

La seconda sezione dello strumento di valutazione riguarda la “valutazione del rischio residuo”, cioè del rischio che persiste dopo che le misure di prevenzione generali e specifiche sono state correttamente attuate. In sostanza, la valutazione del rischio residuo consente di ridisegnare le misure già esistenti prima di introdurne di nuove.

La valutazione del rischio residuo afferisce alla fase della ponderazione del rischio, in quanto il relativo esito potrebbe indurre il sistema a non sottoporre il processo ad ulteriori trattamenti del rischio, limitandosi a mantenere le misure già esistenti.

A questo proposito il RPC aziendale ha deciso di individuare una sorta di soglia di sbarramento: nel caso in cui la valutazione media della scheda di rischio residuo fosse pari o superiore al livello 3, cioè nel caso in cui le attività di controllo ivi prefigurate risultassero “adeguate”, “prevalentemente adeguate” o “molto adeguate”, il sistema non avrebbe sottoposto al dirigente della struttura la terza sezione inerente la “gestione del rischio” propriamente detta.

La “scheda di rischio” (sezione 3 dello strumento di valutazione), prende spunto dalle risultanze della valutazione del rischio inerente e residuo e sottopone alla struttura interessata una serie di misure, alcune delle quali introdotte obbligatoriamente nel caso in cui l’analisi dei fattori abilitanti (di cui alla valutazione del rischio inerente, come sopra meglio specificato), avesse restituito un punteggio di rischio “medio”, “medio alto” oppure “alto”.

Per fare un esempio concreto, qualora la valutazione del “fattore abilitante trasparenza” avesse individuato un punteggio di rischio superiore a “basso” o “medio basso” (quindi “medio”, “medio alto” oppure “alto”), il compilatore avrebbe necessariamente dovuto prevedere una misura di trasparenza.

Per un esame dettagliato di quanto sopra espresso, può essere consultato l’allegato n°3, sezione n°3.

Il sistema non ha altresì escluso che ulteriori misure potessero essere individuate.

Per ogni misura individuata, in coerenza con quanto previsto dalle indicazioni metodologiche di ANAC, è stato richiesto di:

- Descrivere con accuratezza in cosa consiste la misura
- Descrivere le fasi e/o modalità con cui verrà attuata al fine di incidere sui fattori abilitanti del rischio
- Descrivere i tempi di realizzazione della misura
- Individuare gli indicatori di monitoraggio
- Individuare i valori attesi

Lo strumento di valutazione è stato somministrato ai dirigenti delle strutture interessate mediante un link personalizzato che ha introdotto ciascun compilatore nella piattaforma aziendale nella quale era stata effettuata la mappatura dei processi.

Ciascuno dei 60 processi selezionati è stato riproposto al dirigente interessato con l'integrazione dello strumento di valutazione inerente la gestione del rischio.

Gli esiti della rilevazione costituiscono l'allegato n°4 del presente documento (v. allegato n°4 "esiti monitoraggio 60 processi").

Infine, in base ad una scelta specifica del RPC, viene chiesto al compilatore di individuare la cadenza di trasmissione degli esiti del monitoraggio all'Internal Audit (le opzioni sono: trimestrale/semestrale/annuale) al fine di attuare il Sistema di monitoraggio del Piano e svolgere l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio.

Il Trattamento del Rischio

Il trattamento del rischio consiste nell'individuazione, progettazione e programmazione delle misure generali e specifiche finalizzate a ridurre il rischio corruttivo identificato mediante le attività propedeutiche sopra descritte.

La fase in oggetto, come abbiamo visto, può portare all'introduzione di misure di mitigazione, o valutarne la non necessità, confermando il mantenimento di quelle già in essere, pianificando anche eventuali priorità di trattamento.

Nella parte che segue vengono approfondite le misure di prevenzione generali e specifiche aziendali.

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Le misure generali

Le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera Amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della Prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo.

Il codice di comportamento

Con deliberazione n° 1234 del 10 novembre 2016 è stato adottato il Codice di Comportamento della ASL Toscana Sud Est, ai sensi dell'art. 54 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n.165 definito con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV, che ha personalizzato i doveri del codice nazionale, al fine di integrarli e specificarli nella realtà organizzativa dell'Ente.

Cogliendo le indicazioni di ANAC il Codice di Comportamento aziendale è stato aggiornato con Deliberazione n° 893 del 11 agosto 2020.

Fino all'intero 2021 tutte le strutture hanno avuto come obiettivo di performance la divulgazione del Codice di Comportamento aziendale; risultato realizzato anche mediante incontri con la diretta partecipazione dei referenti RPCT.

Nel corso del 2021, il RPC ha provveduto, attraverso la diffusione di specifica scheda di report, a richiedere a tutte le strutture che avevano collaborato alla precedente stesura del PTPCT, e comunque la cui gestione afferisce le aree a rischio, di riferire se, durante l'anno in corso, fossero state rilevate violazioni al Codice di Comportamento. Da un'analisi delle relazioni acquisite, non sono emerse violazioni.

Anche per l'anno 2022 è stato confermato per le strutture aziendali l'obiettivo di budget trasversale:

codice "AZ_B4_001 - Divulgazione del Piano Triennale Anticorruzione e del nuovo Codice di Comportamento riscontrabile da riunione di struttura o di altre iniziative dove risulti il livello di partecipazione degli operatori. Numero riunioni e/o iniziative. - Target ≥ 1 - Peso 1".

Misure di disciplina del conflitto di interessi

In continuità con quanto avviato negli anni precedenti, prosegue l'utilizzo e la conservazione della modulistica relativa alla rilevazione di ipotesi di conflitto di interessi in Azienda, licenziata dal Gruppo di lavoro regionale degli RPCT.

La modulistica consta di n° 7 modelli di dichiarazione di cui all'allegato n° 5 "modulistica rilevazione conflitto di interessi".

La disciplina del conflitto di interessi è stata affrontata anche nell'ambito di iniziative di formazione che si sono tenute nel corso dell'anno 2021, riferite a specifiche "aree a rischio":

- Valutazione e trattamento del rischio: analisi di casi nell'Area di 'Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie (ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni)
- Valutazione e trattamento del rischio: analisi di casi nell'Area di attività libero professionale e liste di attesa

Sempre nel corso dell'anno 2021 il RPC ha provveduto, attraverso la diffusione di specifica scheda di report, ad un monitoraggio "una tantum" con le strutture aziendali con funzioni operative gestionali nelle aree di rischio per la rilevazione di situazioni di conflitti di interesse/incompatibilità. Il monitoraggio non ha esitato situazioni di conflitto di interesse.

Ritenendo insoddisfacente l'esito del monitoraggio, per l'anno 2022, l'RPC ha posto come obiettivo di budget trasversale a tutte le strutture aziendali l'obiettivo codice "AZ_B4_013 - Compilazione report sul conflitto di interesse del personale afferente la struttura" al fine di sensibilizzare tutti i centri di responsabilità aziendali.

Inconferibilità/incompatibilità di incarichi

Con delibera n° 1146 del 25 settembre 2019 relativa all'applicabilità della disciplina del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39 agli incarichi dirigenziali non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario, il Consiglio dell'Autorità Nazionale di Anticorruzione ha stabilito che gli incarichi dirigenziali non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario, rientrano nella definizione di "incarichi dirigenziali interni e esterni" di cui all'art. 3 comma 1 lett. c) del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39 per i quali vigono le ordinarie regole previste dal citato decreto, non essendo sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medico sanitaria.

Argomentando diversamente, sottolinea l'Autorità, si creerebbe una ingiustificata disparità di trattamento tra dirigenti tecnico amministrativi che operano nel contesto sanitario e quelli di altre pubbliche amministrazioni e con delibera del 4 agosto 2020 n° 713, ANAC ha confermato l'orientamento sopra espresso.

Nel corso del 2021, l'Azienda ha provveduto ad acquisire per gli incarichi di Direzione (ad eccezione che per il Direttore Generale per il quale provvede Regione Toscana) le relative dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità annuali.

L'Azienda ha provveduto inoltre ad acquisire le dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità per i Direttori di Zona Distretto nominati nel corso dell'anno con i quali è stato sottoscritto un contratto di diritto privato, nonché le dichiarazioni di incompatibilità annuale per i Direttori di Zona Distretto precedentemente nominati.

Le dichiarazioni di cui sopra, dopo opportuna verifica da parte del RPC affinché non rilevassero ipotesi di inconferibilità/incompatibilità, sono state pubblicate sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente", in base a quanto previsto dall'art. 20 del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39.

Nel corso del 2021, l'Azienda ha inoltre partecipato al Tavolo Regionale degli RPCT, (ricostituitosi dopo la fase emergenziale della pandemia), nell'ambito del quale si è giunti ad un'interpretazione condivisa delle recenti deliberazioni di ANAC in merito all'applicabilità del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39.

Il Tavolo Regionale sta elaborando un regolamento ed una modulistica condivisa in materia di inconferibilità e incompatibilità.

Dopo un percorso di condivisione interno del regolamento, in particolare con il Dipartimento Risorse Umane e con il Data Protection Officer aziendale, si procederà a dare piena attuazione al decreto, estendendone l'applicazione.

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

Ricognizione anno 2021 – Obiettivi 2022

| | | |
|---|--|---|
| Effettuazione di controlli diretti preventivi | Nel 2021 è stata approfondita ulteriormente la problematica e si è ritenuto opportuno un cambio di paradigma. Già a decorrere dal 2022 si procederà su questa linea. | Strutture responsabili della nomina e/o dell'assegnazione di concerto con l'UPD aziendale |
|---|--|---|

L'obiettivo è quello di non appesantire ulteriormente le procedure, ma di agire sugli operatori per un cambio di paradigma, dall'elaborazione di regolamentazioni asettiche al coinvolgimento culturale e al controllo effettivo sui singoli casi.

L'efficacia di questo nuovo paradigma potrà essere valutata a posteriori attraverso i seguenti due indicatori:

- a. numero di violazioni effettivamente rilevate in un anno nella formazione di commissioni o assegnazione agli uffici/numero di commissioni formate e assegnazioni effettuate;
- b. numero di violazioni effettivamente rilevate in un anno nell'attribuzione di incarichi/numero di incarichi attribuiti.

Gli incarichi extraistituzionali

La Legge n. 190/2012 è intervenuta a modificare il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e il Regolamento che disciplina la materia del conferimento e autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali è stato adottato con delibera aziendale n. 739 del 29 agosto 2017.

Nel corso del 2021, il RPC ed il personale della struttura di supporto hanno proceduto ad effettuare incontri di consulenza, con gli interlocutori coinvolti nella procedura autorizzatoria.

In particolare le consulenze formative sono state fornite ai dipendenti sia del comparto sia area dirigenza, al fine anche di permettere la presentazione di istanze conformi alla normativa in materia di attività extraistituzionali e di conseguenza al relativo regolamento aziendale di riferimento. Questa modalità consente di aumentare la capacità di valutazione e di vigilanza dei dirigenti/responsabili chiamati sia a vigilare sugli incarichi extra istituzionali dei propri collaboratori sia ad esprimere un preventivo parere alle richieste di svolgimento di incarichi/attività extraistituzionali.

Si segnala che le consulenze informative sono state svolte anche nei confronti degli specialisti convenzionati in seguito all'introduzione nell'ACN (Accordo collettivo nazionale) di riferimento, della possibilità di scelta dell'opzione di esclusività.

Nel corso del biennio 2020-2021 si è proceduto ad aggiornare in bozza il Regolamento sugli incarichi extra istituzionali prevedendo anche una specifica parte dedicata agli specialisti ambulatoriali a seguito delle suddette modifiche apportate dall'ACN di riferimento.

Il controllo, così come è stata impostata la procedura, viene effettuato soprattutto nella fase di pre-istruttoria e di valutazione dell'istanza di autorizzazione, indicando tutti gli elementi per il corretto svolgimento dell'incarico, prendendo, ove se ne ravvisi la necessità, contatti con i soggetti proponenti l'incarico (soprattutto nel caso di coinvolgimento di case farmaceutiche o aziende di dispositivi sanitari). Per lo svolgimento dell'incarico si indicano al dipendente gli istituti da utilizzare (ferie e recupero ore). Al fine di evitare l'utilizzo di istituti di assenza dal servizio non consentiti dal regolamento sugli incarichi extra istituzionali, viene effettuato un controllo anche da parte dell'ufficio presenze/assenze su eventuali richieste anomale di permessi per svolgere questi tipi di attività. Inoltre il controllo è effettuato successivamente allo svolgimento dell'incarico nel momento in cui deve essere autorizzato il pagamento dell'incarico a cura della struttura preposta.

Per l'anno 2021 non sono risultati casi di violazione del Regolamento di riferimento.

Negli ultimi sei mesi, sono state rilasciate in Azienda 1100 autorizzazioni.

Le attività autorizzate sono relative a consulenze richieste ai nostri professionisti sanitari nell'ambito di eventi, tavole rotonde, ecc., commissioni di concorso, componenti di collegi tecnici, docenze a corsi universitari e non, apertura di attività/società consentite, componenti negli organi di soggetti pubblici/privati, consulente tecniche di parte, apertura di P.I., incarichi relativi all'organizzazione di eventi di vario tipo da parte di case farmaceutiche attraverso i provider ecc..

Per l'anno 2022, l'Azienda si propone il seguente obiettivo:

- controllo del rispetto dell'esclusività da parte degli Specialisti ambulatoriali che hanno esercitato questa scelta con il diritto alla conseguente indennità.

Divieti post-employment (pantouflage)

La L. n° 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del D. Lgs. n. 163/2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'Amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

Ricognizione anno 2021 – Obiettivi 2022

| | | |
|---|--|---------------------------------------|
| Inserimento clausola “pantouflage” nei contratti di assunzione del personale | In atto | Dir. Dipartimento Risorse Umane |
| Inserimento clausola “pantouflage” nei contratti di appalto di lavori | attuato | Dir. Dipartimento tecnico |
| Adozione modulo informativo da consegnare ai dipendenti che cessano il servizio | attuato | c.s. |
| Approfondimento di eventuali casi sospetti segnalati e/o rilevati | Nel 2021 è stata approfondita ulteriormente la problematica e si è ritenuto opportuno un cambio di paradigma. Già a decorrere dal 2022 si procederà su questa linea. | Direttore Dip. Risorse Umane |
| Sensibilizzazione culturale sulla problematica da parte degli uffici competenti nei confronti dei neoassunti e dei dipendenti in cessazione | Nel 2021 è stata approfondita ulteriormente la problematica e si è ritenuto opportuno un cambio di paradigma. Già a decorrere dal 2022 si procederà su questa linea. | Uffici del Dipartimento Risorse Umane |

L’obiettivo è quello di non appesantire ulteriormente le procedure, ma di agire sugli operatori al fine di determinare una presa di coscienza dei singoli, associata alla messa a punto di una regolamentazione specifica corredata da idonei controlli.

L'efficacia di questa strategia potrà essere valutata a posteriori attraverso i seguenti due indicatori:

- a) numero di violazioni effettivamente rilevate in un anno nella formazione di commissioni o assegnazione agli uffici/numero di commissioni formate e assegnazioni effettuate;
- b) numero di violazioni effettivamente rilevate in un anno nell'attribuzione di incarichi/numero di incarichi attribuiti.

La formazione

La pianificazione dell’attività formativa, concordata tra RPCT e Direzione Generale fin dalla costituzione della Azienda Toscana Sud Est, prevede:

- Corsi di I° livello (alfabetizzazione) per diffondere una conoscenza generale sulle politiche di integrità aziendale (codice di comportamento, piano anticorruzione). Tali corsi, effettuati in presenza, dal 2021 sono stati affiancati/sostituiti da corsi FAD, per raggiungere una sempre più ampia partecipazione.
- Corsi di II° livello, vale a dire focus di approfondimento su tematiche specifiche richiesti dalle singole strutture/dipartimenti (conflitto di interesse, gestione liste di attesa e LP, sponsorizzazioni, appalti...)
- Corsi di III° livello, ultra-specialistici, destinati al personale coinvolto nelle aree a maggior rischio aziendale
- Somministrazione di corsi FAD per segretari/e e membri di commissioni di gara/selezione del personale tramite il Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (Formas)

Esiti Formazione anno 2021:

- Corsi bimensili su Codice di comportamento aziendale destinati al personale neoassunto (n. 3 ore - docenza Staff anticorruzione)
- Laboratori/Focus di approfondimento richiesti dalle seguenti Strutture (n. 4 ore di docenza del Supporto RPC):

Dipartimento Diagnostica per Immagini, Dipartimento Infermieristico e Ostetrico, Dipartimento Chirurgia Generale e d'Urgenza, Area Chirurgica Oculistica, Staff di Direzione aziendale, Area dello Staff Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche

- Corso sul Codice di Condotta aziendale e alfabetizzazione in materia di prevenzione della corruzione (n. 6 ore - docenza Staff anticorruzione) 80 adesioni
- FAD asincrona "Prevenzione della corruzione e codice di comportamento: lo specifico ambito sanitario corso base" destinata a ca 800 dipendenti (scadenza 31/12/21) (n. 3ore - Agenzia Regionale Formas)
- Formazione ultra-specialistica (webinar) n. 16 h docenti esterni "SpazioEtico" sulle seguenti aree di rischio:
 - "Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie (ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni)"
 - "Liste di attesa e Libera professione".

Per il perdurare dell'emergenza sanitaria anche nell'anno 2021 le attività di formazione si sono svolte in modalità on line.

Al fine di rendere sempre più incisiva la misura relativa alla Formazione, per il 2022 , il RPC ha posto alle strutture aziendali come obiettivo di budget trasversale:

obiettivo "codice AZ_B3_083 - Formazione su Anticorruzione. % personale afferente la struttura in possesso di attestato di formazione valido (validità attestato 4 anni) - Target 80% - Peso 0,5".

Obiettivi 2022 (PAF)

| | | |
|--|------------------------------|--|
| Focus di approfondimento su richieste dei direttori dipartimento/struttura | Intera annualità 2022 | RPC |
| Formazione su "Politiche di anticorruzione dell'Azienda Toscana sud est" diretta a: personale neoassunto, collaboratori a qualsiasi titolo, operatori servizio civile, associazioni aderenti comitati di partecipazione | Intera annualità 2022 | RPC – Formazione |
| Corso di I° liv "Codice Etico e Codice di condotta aziendale: dai valori ai comportamenti" (in presenza o FAD asincrona) | n. 3 edizioni annualità 2022 | RPC – CUG - Formazione |
| Corso di III° liv (formazione ultraspecialistica) nell'area di rischio specifica "svolgimento di attività extra-lavoro"Intera annualità | Intera annualità | Uff Att. Extra-ist.- RPC |
| Corso FAD di II° liv. "Il sistema di prevenzione e repressione della corruzione - corso avanzato" | 2022 | RPCT - Formazione |
| Seconda edizione Corso FAD di I° liv. "Prevenzione della corruzione e codice di comportamento: lo specifico ambito sanitario - corso base" | 2022 | Gruppo Reg. RPCT - RPCT - Agenzia della formazione |
| Corso su diritto di accesso e trasparenza (in presenza) | n. 3 edizioni annualità 2022 | RT - Formazione |

La rotazione ordinaria

Nel secondo semestre del 2021 è stata programmata, come previsto da ANAC, l'elaborazione del piano di rotazione aziendale, che tenga conto in primis dei ruoli particolarmente esposti al rischio di cattiva amministrazione e corruzione.

È attualmente in atto una mappatura degli incarichi/ruoli/funzioni maggiormente sensibili al rischio di corruzione.

Il criterio viene applicato in modo trasversale fra dirigenza e comparto, valutando l'esposizione a fenomeni di opacità/mala amministrazione/irregolarità/corruzione della funzione/ruolo.

Sono previsti incontri con le strutture operanti nelle principali aree di rischio per individuare ruoli/funzioni maggiormente esposti, valutando la presenza di misure alternative alla Rotazione qualora non applicabile (scarsità di personale, infungibilità).

L'argomento della rotazione ordinaria, inoltre, è trattato nell'ambito del Tavolo regionale degli RPCT al fine di individuare una disciplina comune che dovrà comunque essere personalizzata in base alle diverse modalità organizzative delle singole Aziende.

La rotazione straordinaria

La misura in oggetto (art. 16, co. 1, lett. l-quater d.lgs. n. 165/2001), viene definita "speciale", avendo un carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi («rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva»).

Come raccomandato da ANAC, RPC e UPD aziendale sono tenuti al monitoraggio delle ipotesi in cui si verificano i presupposti per l'applicazione della stessa al fine di dare concreta attuazione all'istituto.

Al fine di stabilire l'applicabilità della rotazione straordinaria al singolo caso, l'Amministrazione è tenuta a verificare:

- l'avvio di un procedimento penale o disciplinare nei confronti del dipendente, ivi compreso i dirigenti;
- esistenza di una condotta, oggetto di tali procedimenti, qualificabile come "corruttiva" ai sensi dell'art. 16 c.1 lett. l quater del DLgs 165/2001.

Il codice di comportamento aziendale prevede l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'Amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio, e l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio (art. 11 Codice di Comportamento aziendale (art. 11 cc. 20,21).

Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)

L'Azienda è dotata di una procedura formale in merito alla tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti, ai sensi dell'art. 54 bis D.lgs 165/2001.

Nel 2021 doveva essere messo in uso l'applicativo informatico criptografico Kleopatra (fornito in comodato d'uso da Estar) per la ricezione di segnalazione di illeciti/irregolarità da parte dei dipendenti pubblici.

Una valutazione congiunta tra RPC E RPD ha riscontrato criticità in merito ai requisiti di sicurezza e privacy della Piattaforma, pertanto l'attivazione è stata bloccata e, utilizzando l'esperienza già percorsa da ESTAR che si è dotata di un nuovo strumento, è attualmente allo studio l'acquisto di un nuovo software.

Della questione è stato investito anche il Tavolo regionale degli RPCT, essendo intervenuta una comunicazione ufficiale da ESTAR in merito alla non adeguatezza tecnica dello strumento Kleopatra.

Obiettivi 2022

| | | | |
|---|--|--|--|
| Aggiornamento della procedura aziendale di segnalazione e tutela | Slittato al II° semestre 2022 | RPCT, PRIVACY | Pubblicazione procedura e comunicazione/diffusione attivazione applicativo "Kleopatra" |
| Attivazione di applicativo informatico criptato aderente alle disposizioni del Garante Privacy | Annualità 2022 | RPCT, PRIVACY – GdL regionale RPCT | |
| Questionari su conoscenza e diffusione sullo strumento whistleblowing (a 3 e 9 mesi dall'attivazione) | Sospeso (realizzazione punto precedente) | RPCT – Funzioni Informazione e Comunicazione | Pubblicati gli esiti su intranet aziendale |

I patti di integrità

Rientra tra le misure di comportamento anche la sottoscrizione di Patti di integrità negli affidamenti e clausole di integrità nei contratti. I protocolli di legalità sono strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie ulteriori di misure volte al contrasto di attività illecite e ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici.

Con nota prot. n. 167919/2016 la Direzione Amministrativa ha trasmesso ai Responsabili delle strutture interessate il modello di Patto di Integrità adottato dall'Azienda.

È cura dei medesimi Responsabili proporre eventuali aggiornamenti/integrazioni del medesimo alla RPCT, anche a seguito di intervenute modifiche legislative e/o eventi intercorsi che hanno evidenziato eventuali criticità nell'attuazione.

Dati 2021 per le Aree coinvolte:

- Area Approvvigionamenti e Contratti (Dipartimento Affari Generali): nel corso del 2021 risultano acquisiti circa 100 patti di integrità all'interno dei quali vi è contenuto espresso richiamo al rispetto del "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e del Codice di comportamento adottato dall'Azienda ASL Toscana Sud Est, regolarmente pubblicato in versione aggiornata sul Sito WEB - Sezione "amministrazione trasparente → disposizioni generali → atti generali → codice disciplinare e codice di condotta" del quale i contraenti dichiarano di aver preso piena visione e conoscenza.

Numero verifiche a campione effettuate in merito all'attuazione dei Patti: 5% (non sono state accertate violazioni).

Non sono stati rilevati casi di attivazione delle azioni di tutela previste nei protocolli di legalità in quanto non si sono verificate condizioni di violazione delle condizioni ivi contenute.

- Dipartimento Tecnico: nel corso del 2021 sono stati sottoscritti n.152 Patti di integrità. Le verifiche effettuate sull'attuazione della misura, in seguito alle quali non sono state accertate violazioni, risultano essere n. 9. Non si segnala nessuno caso di attivazione delle azioni di tutela.

Monitoraggio tempi di conclusione procedimenti amministrativi

Le iniziative adottate dal RT in materia di procedimenti amministrativi sono riportate nel presente Piano nella Parte dedicata alla Trasparenza.

| Azioni | Tempi | Soggetti Responsabili |
|--|------------------|---|
| Costituzione gruppo di lavoro | 30/06/18 attuato | Dip. Affari Generali, Dip. Supporto Amministrativo Attività Sociosanitarie e Specialistiche, supporto amministrativo Dipartimento di coordinamento della Direzione amm.va |
| Proposta regolamento procedimenti amministrativi | attuato | Referente gruppo di lavoro |
| Adozione Regolamento | attuato | Direzione Aziendale |

Il Regolamento aziendale in materia di procedimenti amministrativi è stato adottato nel corso dell'anno 2021, con deliberazione n. 315 del 09 marzo 2021. Risulta avviato un percorso di formazione sul regolamento medesimo.

Azioni di sensibilizzazione società civile

Il nuovo sistema di partecipazione, nato in attuazione della LRT n. 75/2017, risulta integrato e coerente con l'organizzazione del SSR, articolandosi nei livelli regionale, aziendale e di zona distretto. Le sue finalità sono quelle di affermare una cultura diffusa che consenta un'autentica collaborazione dei cittadini ai processi di disegno e sviluppo dei servizi socio sanitari, mediante il loro contributo alle fasi decisionali e di monitoraggio.

In sanità il supporto delle Associazioni risulta rilevante in vari contesti, sia nei programmi di formazione e informazione verso gli operatori e la comunità, sia nella stessa definizione e fruizione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e nel relativo monitoraggio, sia al fine di intervenire sui fenomeni di marginalità e di esclusione sociale e per il rafforzamento delle forme di cittadinanza attiva.

Nel contesto dell'emergenza Covid-19 il Consiglio dei Cittadini per la Salute - ricostituito nel corso del 2021 - e il Comitato di Partecipazione aziendale hanno continuato a svolgere la loro azione di collegamento e raccordo con la società civile, segnalando le criticità riguardanti l'accesso alle prestazioni, le problematiche sulla funzionalità delle attività territoriali e ospedaliere e chiedendo notizie sulla futura riorganizzazione dei servizi, anche con riferimento all'utilizzo dei fondi del PNRR.

Le misure specifiche

Rispetto ai 60 processi afferenti alle aree di rischio individuate da ANAC, selezionati secondo le modalità descritte nel paragrafo relativo all'identificazione del rischio, il RPC ha posto il seguente obiettivo specifico a tutte le strutture amministrative e sanitarie titolari dei processi in oggetto:

obiettivo "codice AZ_B4_014 "Compilazione scheda di gestione di rischio per i processi individuati dal RPC (Responsabile della Prevenzione della Corruzione). Compilazione del questionario aziendale entro il 15 aprile".

Considerata la metodologia adottata, in base alla quale soltanto i processi che avessero ottenuto un punteggio medio di rischio residuo "adeguato", "parzialmente adeguato" o "non adeguato/assente", avrebbero dovuto subire un ulteriore trattamento del rischio rispetto alle misure già esistenti e individuate nel corso degli anni precedenti, dall'analisi dei 60 processi selezionati, è emerso che:

- a. n° 49 processi hanno presentato una valutazione media di rischio residuo pari a "prevalentemente adeguato" o "molto adeguato", per cui, in coerenza con le indicazioni metodologiche del PNA ANAC 2019, al fine di effettuare una reale azione di ponderazione del rischio, non si è provveduto ad individuare ulteriori misure per il trattamento del rischio rispetto a quelle a suo tempo individuate;
- b. n° 11 processi hanno presentato una valutazione media di rischio residuo pari a:
 - "adeguato" n°7 processi
 - "parzialmente adeguato" n°3 processi
 - "non adeguato/assente" n°1 processo

Pertanto, per questi processi, è stata resa obbligata la compilazione della "scheda di rischio" di cui all'allegato n°3 ai fini dell'individuazione di ulteriori misure per il trattamento del rischio.

Per un esame dettagliato degli 11 processi individuati, di cui n°7 afferenti all'area di rischio "contratti pubblici", n°1 afferente all'area "Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie - Ricerca Sperimentazioni cliniche Sponsorizzazioni", n°1 afferente all'area Attività libero professionale e liste d'attesa, n°1 all'area "attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero" e n°1 "altro", si rinvia all'allegato n°6 "esiti monitoraggio processi a rischio".

Le misure individuate riguardano: n°6 "controllo", n°1 "controllo/formazione", n°1 "rotazione", n°1 "regolamentazione/formazione", n°1 "sensibilizzazione/partecipazione" e n°1 "promozione etica".

Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

Nell'allegato n°6, si possono esaminare, per ciascun processo, la descrizione della misura, la descrizione delle fasi e/o modalità con cui verrà attuata al fine di incidere sui fattori abilitanti del rischio, la descrizione dei tempi di realizzazione della misura, gli indicatori di monitoraggio e i relativi valori attesi.

Dal momento che il RPC, nella medesima scheda di rischio, ha richiesto di indicare la cadenza di trasmissione degli esiti del monitoraggio all'Internal Audit al fine di attuare il sistema di verifica/controllo di attuazione del Piano e svolgere l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio, è emerso che per n°10 processi è prevista una trasmissione a cadenza annuale e per n°1 processo è programmata una trasmissione a cadenza semestrale.

A livello metodologico è significativo segnalare che la valutazione media del rischio inerente, comprensiva dell'esame dei fattori abilitanti, per gli 11 processi in questione ha mostrato un punteggio medio basso, in particolare "basso" per n°1 processo, "medio/basso" per n°8 processi, "medio" per n°2 processi.

Pertanto, solo grazie alla valutazione congiunta del rischio residuo, in ossequio alle indicazioni metodologiche di ANAC del PNA 2019, è stato possibile individuare la criticità rappresentata da questi n°11 processi rispetto a tutti gli altri che pertanto, per l'anno 2022, costituiranno dei "sorvegliati speciali" rispetto ai quali realizzare un appropriato monitoraggio.

Antiriciclaggio

In attuazione del nuovo art. 10 "Pubbliche amministrazioni" del D.lgs. 231/2007 "Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca le misure di esecuzione" l'Azienda ha provveduto ad adottare i seguenti documenti:

-delibera del D.G. n. 1055 del 11 ottobre 2018 nomina del Gestore quale soggetto interlocutore con l'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (UIF) per tutte le comunicazioni connesse con le operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento al terrorismo oggetto di verifica;

-delibera del D.G. n. 732 del 19 giugno 2019 adozione del Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento – Parte I: Rilevazione delle operazioni sospette e comunicazione dei dati e delle informazioni all'UIF.

Nel 2019 sono state svolte dal Gestore n. 2 edizioni del corso in materia di antiriciclaggio rivolte al personale delle aree considerate a rischio dalla normativa, che si sono tenute in data 4 luglio e 4 dicembre 2019.

Nel corso degli anni 2020 e 2021 non è stato possibile svolgere gli incontri e i corsi di formazione previsti a causa dell'impegno del personale delle strutture interessate nell'attività di contrasto all'emergenza epidemiologica.

Con riferimento alle azioni di prevenzione 2022 è in corso l'organizzazione di eventi informativi e formativi in materia di antiriciclaggio di tipo avanzato, con docenti esterni esperti utili a 'calare' efficacemente la tematica di cui trattasi nei processi economico – finanziari di competenza aziendale.

E' stato contattato dal Gestore il Prof. Ranieri Razzante uno dei docenti del corso in materia di antiriciclaggio tenutosi presso la Scuola Nazionale dell'Amministrazione a Roma nel febbraio 2019.

Il Prof. Razzante ha accettato l'incarico di svolgere n. 2 edizioni formative rivolte al personale delle strutture maggiormente interessate dal fenomeno che si terranno nel secondo semestre 2022.

Il Gestore, anche per conto della Direzione Amministrativa e del Responsabile anticorruzione ha preso contatto con il Dr. Italo Borrello Responsabile del servizio Analisi e Rapporti Istituzionali dell'UIF ed è stato organizzato un incontro formativo, di confronto e collaborazione istituzionale, per il giorno 3 maggio 2022 in modalità webinar.

Sono stati invitati a partecipare i responsabili, il personale dirigente e in mancanza le posizioni organizzative, delle seguenti strutture:

Staff Direzione Aziendale;

Dipartimento Tecnico;

Dipartimento Prevenzione;

Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie;

Dipartimento Gestione Amm.va Zone Distretto, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti Sanitari;

Dipartimento Affari Generali;

Dipartimento del Farmaco.

Proseguirà il percorso di analisi dei rischi già intrapreso con il Dipartimento Gestioni economiche e finanziarie sulle operazioni di cessione dei crediti da parte dei fornitori in attesa della pubblicazione delle linee guida del Comitato di Sicurezza Finanziaria (art. 10, co. 3 del Dlgs. 231/2007).

In attesa di riscontro la richiesta del Gestore di riattivazione del gruppo di lavoro regionale in materia di anticiclaggio, inoltrata in accordo e tramite il Responsabile della prevenzione della corruzione, al gruppo già formalizzato in Regione in materia di anticorruzione e trasparenza.

3.4 Trasparenza

È noto che il sistema della trasparenza amministrativa si realizza non solo attraverso l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale dell'ente, ma anche mediante l'accesso civico generalizzato (FOIA: Freedom of Information Act) che consente di conoscere dati, atti e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione. Va ricordato, inoltre, che la trasparenza costituisce uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione, consentendo ai cittadini di verificare il corretto utilizzo delle risorse pubbliche e la capacità di soddisfare i bisogni della collettività da parte delle singole amministrazioni. Le azioni in materia di trasparenza, pertanto, non si esauriscono con il formale adempimento degli obblighi normativi, ma dovrebbero avere un più ampio respiro per mettere in atto percorsi virtuosi di ascolto e di continuo miglioramento dei servizi resi al cittadino. La trasparenza ha quindi un rilevante impatto sui processi interni di ciascuna amministrazione, coinvolgendo in modo ampio e trasversale le varie strutture sia nella fase di programmazione sia in quella di erogazione di attività, servizi e prestazioni.

Nella Relazione annuale al Parlamento, lo scorso 18 giugno 2021, il Presidente dell'ANAC ha tracciato un quadro dell'attività di regolazione e consultiva svolta dalla stessa Autorità nel corso del 2020 e del primo trimestre 2021; per una lettura di dettaglio della stessa relazione si rinvia alla pagina web <https://www.agenziacoesione.gov.it/download/relazione-annuale-dellautorita-nazionale-anticorruzione-2020/>. La relazione evidenzia come si sia reso necessario - sulla base di specifiche richieste provenienti dalle amministrazioni e in esito alla attività di vigilanza svolta dall'Autorità - approfondire alcuni temi in materia di trasparenza emanando delibere e comunicati, oltre ad un consistente numero di pareri, al fine di fornire indicazioni e chiarimenti su alcune delle tematiche relative all'applicazione degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013. Una parte importante dell'attività di regolazione svolta dall'ANAC, nel periodo in questione, ha riguardato la tutela della trasparenza nel contesto emergenziale, che ha reso necessario un

costante monitoraggio ed esame della normativa emanata per fronteggiare l'emergenza sanitaria, sociale ed economica da Covid-19.

Attività e principali novità nel 2021

Revisione sezione "Bandi di gara e contratti"

Nel corso del 2021 si è provveduto ad una revisione ed implementazione di questa sezione di Amministrazione Trasparente. Più in particolare, trattandosi di un "contenitore" assai articolato e con rinvio a banche dati di altre amministrazioni/enti, quali per esempio ESTAR (l'Ente Regionale di Supporto Tecnico Amministrativo che si occupa delle procedure di gara relative a beni e servizi), si è ritenuto di inserire nella sottosezione relativa alle procedure di affidamento specifici collegamenti per facilitare la ricerca (Ricerca gare e procedure ESTAR e la [Banca Dati SITAT](#)), anche tramite CIG, dei documenti di interesse. Parimenti nella sottosezione "Avvisi di aggiudicazione e risultati procedure affidamento" sono stati evidenziati i link alla [piattaforma START](#) (ricerca per CIG o inserendo "Azienda USL Toscana Sud Est") e all'[Osservatorio contratti ANAC](#)- Banca dati Autorità Nazionale Anticorruzione, che consentono di accedere al set di informazioni complete sulle singole procedure di gara.

Interventi straordinari e di emergenza

Con comunicato del Presidente ANAC del 29 luglio 2020 sono state fornite indicazioni alle Aziende Sanitarie per la pubblicazione, nella specifica sezione, delle erogazioni liberali ricevute dal SSN ai fini del contrasto alla pandemia da Covid-19. Oltre a dare attuazione a questa disposizione, per l'annualità 2021 si è ritenuto implementare la stessa sezione anche con altre informazioni a carattere generale: si è infatti posto il problema di rendere noti gli innumerevoli provvedimenti di carattere straordinario adottati dall'Azienda per fronteggiare l'emergenza Covid-19, che hanno interessato in maniera trasversale diverse strutture e settori di attività, con un rilevante impegno in termini economici. E' stato quindi pubblicato, in formato tabellare, l'elenco dei principali provvedimenti adottati per la gestione dell'emergenza pandemica e delle fasi di de-escalation, in attesa di pubblicare il dato di sintesi sulla spesa complessiva annuale risultante dal bilancio di esercizio 2020.

Ricognizione sovvenzioni e contributi

Con deliberazione n. 468 del 16 giugno 2021, a superamento della precedente delibera n. 59/2013, ANAC ha formalizzato le nuove linee guida in merito all'applicazione degli obblighi di pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici, di cui agli artt. 26 e 27 del d.lgs. n. 33/2013.

Alla luce delle nuove linee guida è stata elaborata una apposita procedura aziendale, per la gestione delle fasi di ricognizione, trasmissione e pubblicazione di atti e dati (anche in forma aggregata e anonimizzata) relativi alla concessione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati. Si tratta di una procedura applicabile a tutte le articolazioni organizzative dell'Azienda che dispongono l'attribuzione di vantaggi economici, con particolare riferimento alle strutture territoriali che erogano prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali.

Mappatura procedimenti amministrativi

L'Azienda USL Toscana Sud Est ha attivato ormai da anni un sistema informatizzato per la mappatura dei processi, anche ai fini della valutazione del livello di rischio e delle relative misure, mediante la periodica

compilazione di un questionario on-line da parte dei responsabili di struttura. Questo strumento, che permette la rilevazione anche dei procedimenti amministrativi, si è rivelato utile per aggiornare la relativa sottosezione di Amministrazione Trasparente, che nel corso del 2021 è stata resa più fruibile sia attraverso una specifica indicizzazione dei vari procedimenti sia attraverso una apposita funzione di ricerca per singolo procedimento, per consentire all'utente di reperire con maggiore facilità le informazioni di interesse.

[Nuovo regolamento per la gestione del sito aziendale](#)

Il nuovo regolamento per la gestione e manutenzione del sito istituzionale dell'Azienda USL Toscana Sud Est, approvato a fine anno con deliberazione n. 1738/2021, ha rappresentato una ulteriore occasione per disciplinare e ribadire il rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza. L'art. 11 del regolamento, nel richiamare i fondamentali principi in tema di trasparenza, definisce il percorso interno di produzione, pubblicazione e aggiornamento dei flussi informativi, alla luce della nuova organizzazione aziendale, rinviando ad apposito allegato contenente il dettaglio degli obblighi di trasparenza a carico di ciascuna struttura e dei relativi responsabili (allegato n°7 "griglia obblighi pubblicazione" riportato anche nel presente piano).

[Ricostituzione "tavolo regionale" RPCT](#)

Nel dicembre 2021, dopo una lunga pausa dovuta allo stato di emergenza, è stato ricostituito il tavolo regionale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. La riattivazione del tavolo rappresenta una efficace occasione di confronto e di raccordo anche per le tematiche connesse alla trasparenza, in vista di percorsi condivisi ed omogenei da parte delle Aziende Sanitarie della Regione che affrontano problematiche comuni. Sono già state proposte all'attenzione del tavolo alcune tematiche di particolare interesse, che saranno oggetto di approfondimento nel corso dell'anno 2022, da cui potranno scaturire indicazioni e linee guida validate a livello regionale.

[Programma triennale 2022-2024](#)

[Processo di elaborazione e attuazione: soggetti, ruoli e responsabilità](#)

Nel corso dell'anno 2021 si è consolidato il processo di riorganizzazione aziendale avviato nel precedente anno 2020 con l'adozione delle deliberazioni n. 794/2020 e n. 1109/2020, che hanno reso operativa la nuova organizzazione del settore tecnico-amministrativo. La riorganizzazione ha permesso di meglio definire e razionalizzare i processi produttivi interni, con una più certa ed univoca attribuzione alle strutture di funzioni e competenze. Il nuovo assetto aziendale ha indubbiamente agevolato anche gli adempimenti in materia di trasparenza, consentendo una corretta individuazione dei soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati, oltre alla individuazione di referenti per le principali macrostrutture, con i quali realizzare un costante raccordo operativo. Di conseguenza - pur nella difficoltà del contesto emergenziale - anche nell'anno 2021 i riferimenti delle varie strutture sono stati sistematicamente coinvolti per l'elaborazione/trasmisione dei dati e documenti oggetto di pubblicazione ed invitati, di volta in volta, alla trasmissione degli aggiornamenti di competenza.

È comunque necessario sottolineare la rilevante complessità dell'Azienda USL Toscana Sud Est, che rende particolarmente impegnativa la gestione degli adempimenti in materia di trasparenza. Oltre alla dimensione territoriale, sono da considerare l'ampiezza del bacino di utenza, l'elevato numero di dipendenti, di strutture organizzative e livelli di responsabilità, nonché la rilevanza delle risorse economiche gestite; a questo si aggiunge l'estrema varietà dei servizi sanitari e socio-sanitari offerti alla popolazione. Tale complessità

organizzativa pone l'Azienda USL al centro di una articolata rete di rapporti - con cittadini, utenti e stakeholder in generale - e si riflette inoltre sull'attività amministrativa che risulta piuttosto differenziata e composita, comprendendo sia le più tradizionali funzioni sia procedure più flessibili legate all'erogazione dei servizi o ad attività di natura privatistica.

Si rende quindi opportuno per i prossimi anni, ai fini di una corretta diffusione e condivisione delle azioni di trasparenza, approfondire i diversi ambiti di attività d'intesa e in costante collaborazione con i responsabili delle strutture aziendali, anche per superare la logica del mero adempimento formale e promuovere la diffusione della cultura della trasparenza come metodo di lavoro e di ordinaria gestione dell'attività amministrativa. Si ritiene inoltre che vadano sviluppati ulteriori processi di informatizzazione e digitalizzazione, in modo da rendere più efficiente ed agevole la trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei flussi informativi.

In coerenza con i predetti obiettivi, per l'anno 2022 si prevede una specifica focalizzazione su alcuni settori di attività, in linea con le iniziative di formazione già programmate e con le azioni messe in atto lo scorso anno, raccordandosi con alcune strutture aziendali (in particolare Dipartimento di supporto amministrativo alle attività territoriali e Dipartimento della Prevenzione). Verranno quindi effettuate iniziative di formazione ed incontri con il personale degli stessi dipartimenti, anche on-line, con particolare riferimento all'applicazione della nuova procedura per la rilevazione delle concessioni di benefici economici nonché al diritto di accesso civico e documentale.

In merito all'ulteriore obiettivo di implementare l'informatizzazione del sistema, nel corso del 2022 sarà valutata l'introduzione di ulteriori strumenti informatici nella logica del consolidamento dei percorsi della trasparenza, al fine di assicurare una più efficiente e rapida gestione dei flussi informativi e di garantire tempestività, completezza e continuo aggiornamento dei dati pubblicati.

A titolo esemplificativo, può essere prevista la possibilità per i vari responsabili di accedere direttamente al sito aziendale per aggiornare la sezione Amministrazione Trasparente, con inserimento dei dati e documenti di rispettiva competenza. Sarà valutata anche la possibilità di utilizzare l'applicativo di gestione dell'Albo Pretorio on-line, che contiene una apposita funzionalità per la trasparenza, al fine di consentire a ciascun responsabile di trasmettere con modalità automatiche gli atti che rientrano negli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013. Si tratta comunque di aspetti piuttosto delicati, tenendo presente che in caso di introduzione di nuovi strumenti, per esigenze di tutela della riservatezza, dovranno essere attentamente valutate le modalità di redazione e trasmissione dei documenti, nel rispetto dei principi di necessità, pertinenza, minimizzazione e non eccedenza dei dati pubblicati.

Iniziative di comunicazione e diffusione della Trasparenza e Integrità

Come per le precedenti annualità, anche per il 2022 si ritiene di promuovere iniziative di comunicazione e diffusione del PTPCT, da attuare secondo modalità funzionali al contesto interno ed esterno, oltre alle specifiche iniziative di formazione sulla trasparenza.

Sul versante interno, verrà effettuata con maggiore sistematicità la verifica semestrale sull'adempimento degli obblighi di trasparenza - indicativamente nei mesi di aprile e ottobre - mediante coinvolgimento dei responsabili delle principali strutture o di loro referenti, utilizzando gli stessi criteri e parametri di valutazione adottati da OIV in occasione della verifica annuale di tali adempimenti. La verifica dovrà pertanto accertare, oltre al rispetto degli obblighi di pubblicazione, la completezza e l'aggiornamento delle informazioni, nonché l'utilizzo del formato aperto che consenta l'estrazione ed il riutilizzo dei dati pubblicati.

Sul versante esterno, si rende opportuno riproporre nel 2022 alcune iniziative che non hanno trovato piena attuazione durante lo scorso anno, in ragione del protrarsi dello stato di emergenza, anche per realizzare momenti di condivisione e confronto con il coinvolgimento di rappresentanti del Terzo settore e della cittadinanza in generale. Si ritiene, in primo luogo, di coinvolgere su alcune tematiche della trasparenza il Comitato di Partecipazione dell'Azienda, sia con finalità divulgative e conoscitive che propositive. L'organismo in questione, quale espressione delle varie realtà associative, costituisce infatti una importante sede di confronto sulla programmazione e sui percorsi aziendali; pertanto, una migliore conoscenza della disciplina sulla trasparenza e delle varie forme di accesso può costituire un momento di verifica e condivisione, oltre ad essere l'occasione per proporre azioni di miglioramento.

Una ulteriore iniziativa, da realizzare durante l'anno 2022, sarà quella di elaborare e pubblicare on-line un questionario di gradimento sui livelli di trasparenza, al fine di verificare il grado di fruibilità delle informazioni e dei dati presenti in Amministrazione Trasparente. Il questionario dovrà consentire di rilevare, anche in termini di percezione qualitativa, la semplicità e facilità di consultazione dei flussi informativi nonché la completezza, omogeneità e comprensività delle informazioni pubblicate. I destinatari del questionario – da inserire nel sito aziendale previa pubblicizzazione mediante avvisi e/o comunicati stampa – saranno cittadini ed utenti, associazioni ed organismi espressione delle realtà locali; l'indagine potrà essere estesa, con gli opportuni adattamenti, anche al personale dipendente dell'Azienda. I risultati dell'indagine, oggetto di analisi e verifica, verranno successivamente resi noti con le stesse modalità di divulgazione del questionario; l'iniziativa si dovrà concludere entro la data del 15 dicembre 2022.

Processo di attuazione del Programma per la Trasparenza e l'Integrità: il diritto di accesso

Il processo di attuazione del Programma ed il suo monitoraggio, mediante rilevazione delle azioni adottate da parte delle strutture aziendali, anche per il 2022 impegnerà la Responsabile della Trasparenza ad una valutazione complessiva della loro idoneità, intesa come effettiva capacità di "rendere trasparente" l'attività posta in essere. Questo compito è svolto anche dalla Responsabile della Posizione Organizzativa preposta al coordinamento delle azioni per l'integrità e la trasparenza, che svolge l'ulteriore funzione di gestione dell'Ufficio Unico per l'Accesso (UCA).

Occorre ricordare che l'Azienda Usl Toscana Sud Est nel 2018 ha approvato un regolamento a valenza generale sul diritto di accesso, modificato e integrato nel corso del 2019, con la finalità di accentrare in un'unica struttura tutti i procedimenti connessi all'accesso civico e di fornire consulenza sulle richieste di accesso documentale; l'Ufficio in questione, negli ultimi anni, è diventato un importante punto di riferimento per tutte le strutture aziendali. Di fatto, un prezioso contributo per la compiuta valutazione dell'idoneità delle azioni di trasparenza, deriva proprio dal costante flusso di informazioni e feedback provenienti dalle richieste di accesso civico generalizzato.

Accesso civico e documentale

Nel maggio 2021 il Centro nazionale di competenza FOIA ha pubblicato un interessante Rapporto sulla giurisprudenza in materia con riferimento al quadriennio 2017-2020; per la lettura completa si rinvia al link https://foia.gov.it/fileadmin/notizie/documenti/2021/rapporto-giurisprudenza_2017-2020_a4_v9_verificato.pdf. Dal rapporto emerge un quadro sovrapponibile alle problematiche rilevate nel corso degli anni nella pratica, a livello aziendale, dall'UCA - l'Ufficio Unico per l'Accesso - quali ad esempio: la sindacabilità dell'interesse alla base della richiesta di accesso, l'applicabilità del FOIA alle discipline speciali (ad es., in materia di contratti pubblici), le modalità di bilanciamento fra interessi rilevanti ed eccezioni ricorrenti, come quella sulla protezione dei dati personali, i profili procedurali del dialogo cooperativo

con i richiedenti l'accesso. Occorre comunque evidenziare che dall'introduzione del FOIA si registra una diffusa ed incompiuta percezione, da parte dei richiedenti, della diversa "funzione" dell'accesso civico generalizzato, poiché l'analisi delle istanze pervenute all'Ufficio denota spesso il convincimento degli istanti di poter ottenere documenti e dati "non di interesse generale" mediante questa modalità.

Passando all'esame dei dati aziendali, nell'anno 2021 è stata registrata n. 1 richiesta di accesso civico semplice relativa alla pubblicazione di dati vari sui danni da trasfusione, non accolta poiché tali report non costituiscono oggetto di pubblicazione obbligatoria. Si conteggiano altresì, nel complesso, n. 7 istanze di accesso civico generalizzato pervenute nell'anno 2021, formulate per lo più da giornalisti, riguardanti dati sulle vaccinazioni e sui contagi da Covid-19 nonché i trattamenti dialitici erogati in regime ospedaliero e domiciliare.

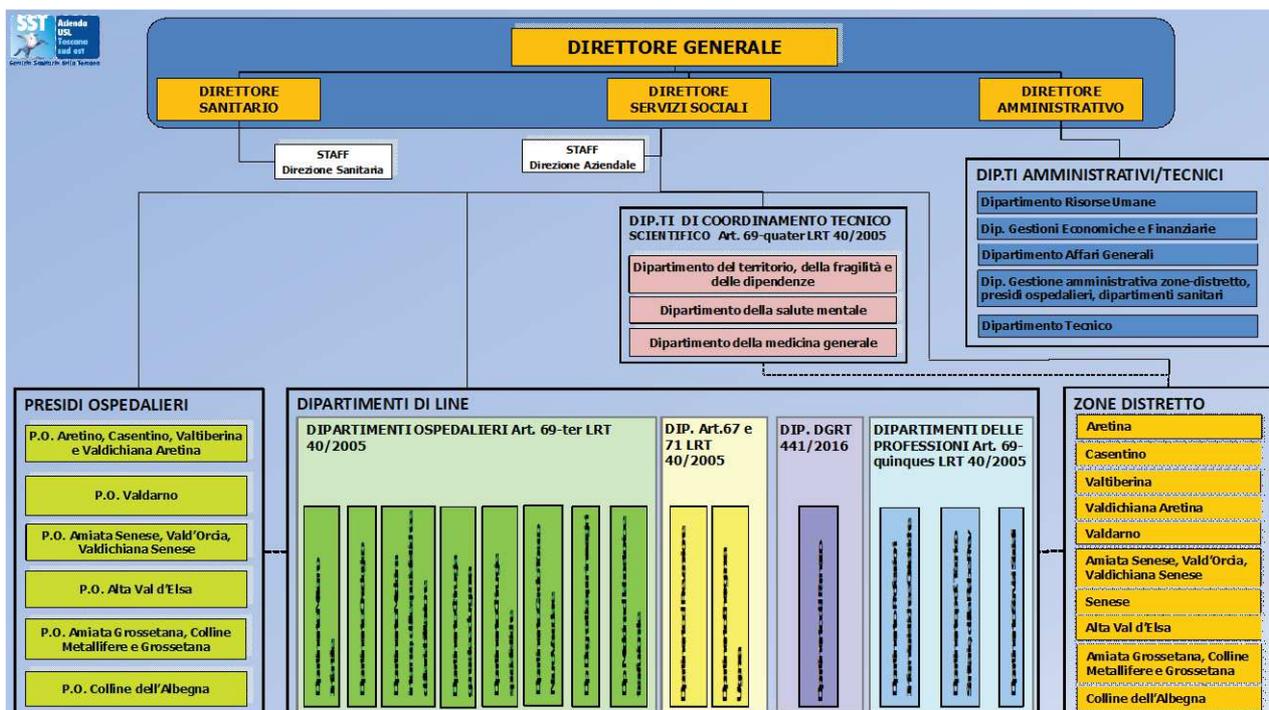
Riguardo all'accesso agli atti, benché tale materia non afferisca strettamente alla "trasparenza" intesa come accessibilità totale a dati e informazioni detenuti dalle amministrazioni, merita farvi brevemente riferimento in quanto connessa all'attività dell'UCA, dal momento che numerose istanze formulate come "accesso civico generalizzato" in realtà non sono qualificabili come tali, quanto piuttosto come accesso documentale o agli atti. Anche nell'anno 2021 risultano pervenute numerose istanze (n. 63) presentate richiamando, quale titolo normativo legittimante, il decreto 33/2013. Tuttavia come evidenziato in varie occasioni ai richiedenti - poiché ciascuna forma di accesso è connessa a determinati presupposti tecnico-amministrativi e non può essere fatta valere a titolo diverso rispetto alle previsioni del legislatore, derivando effetti differenti sulla sfera giuridica dei vari soggetti coinvolti (titolari dei dati, controinteressati) - l'UCA, di concerto con la Responsabile della Trasparenza, ha di volta in volta cercato di chiarire tali aspetti anche con richiami alla giurisprudenza dei giudici amministrativi ed a pareri espressi dalla Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi e dal Garante per i dati personali.

Nell'ambito delle numerose richieste di accesso pervenute nel corso dell'anno, la Responsabile della Trasparenza ha avuto modo di riesaminare n. 3 pratiche, a seguito di specifica istanza dei soggetti interessati, riesame che ha portato in tutti i casi alla conferma della posizione precedentemente espressa dall'Azienda.

Per l'anno 2022 sono in programma apposite iniziative di formazione sul diritto di accesso, civico e documentale, che avranno come destinatari i Dipartimenti Amministrativi, lo staff della Direzione Aziendale e il Dipartimento della Prevenzione.

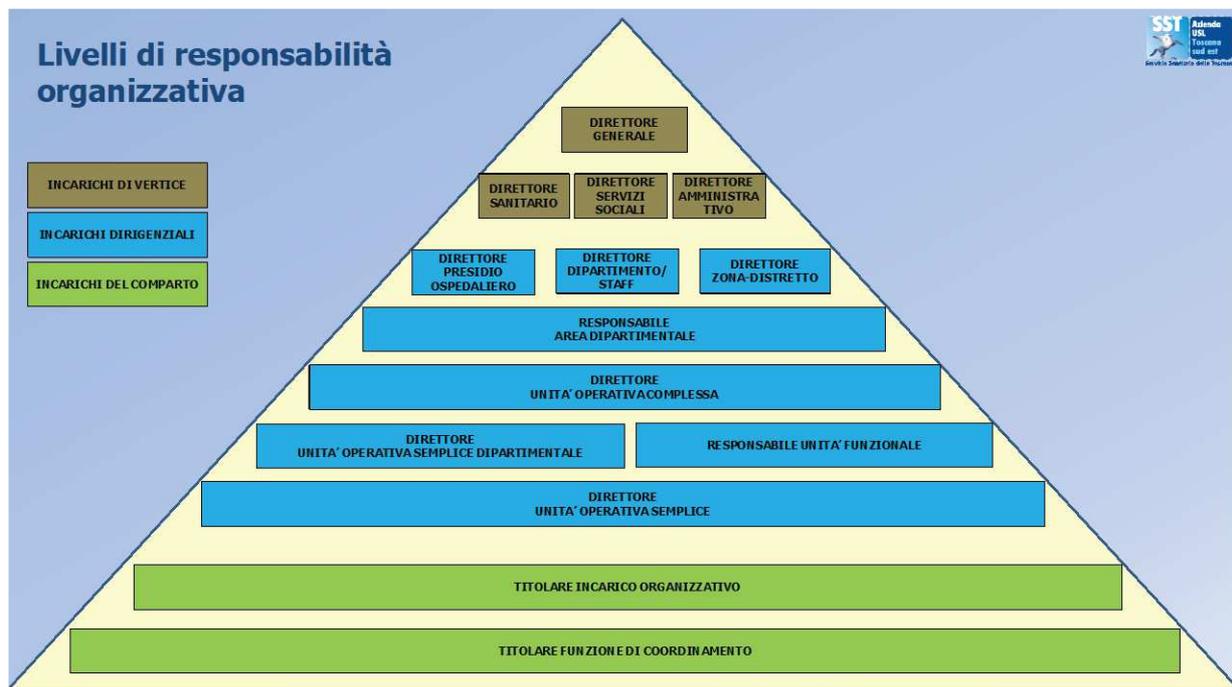
4 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

4.1 Struttura organizzativa



La struttura organizzativa aziendale è riassunta in questo prospetto:

Si articola nei seguenti livelli di responsabilità:



Ciascun incarico, in base a determinati criteri di complessità delle funzioni ad esso assegnate, è classificato in specifiche fasce di graduazione il cui numero, per ciascuna tipologia di incarico, è indicato nella tabella sottostante.

| Tipo incarico | Area Sanità | Area PTA | Area Comparto |
|--|-------------|----------|---------------|
| Dipartimento/Staff/Presidio Ospedaliero | 3 | 3 | - |
| Area Dipartimentale | 3 | 3 | - |
| Unità Operativa Complessa | 3 | 4 | - |
| Unità Operativa Semplice Dipartimentale/Unità Funzionale | 3 | 1 | - |
| Unità Operativa Semplice | 2 | 1 | - |
| Incarico Professionale | 9 | 12 | - |
| Incarico Organizzativo | - | - | 7 |
| Funzione Coordinamento | - | - | 5 |

4.2 Organizzazione del lavoro agile

L'organizzazione del lavoro agile riguarda:

- Livello di attuazione e sviluppo;
- Modalità attuative;
- Soggetti, processi e strumenti;
- Programma di sviluppo;
- Indicatori di misurazione.

L'obiettivo principale è lo sviluppo di un cambiamento culturale all'interno dell'organizzazione che troverà riscontro anche nella logica di *change management* che l'Azienda intende seguire nella definizione del programma di attuazione del Lavoro Agile. I tre pilastri strategici sui quali si sta costruendo tale programma sono stati individuati nelle seguenti dimensioni: cultura organizzativa, tecnologie digitali e performance.

Livello di attuazione e sviluppo del lavoro agile

L'Azienda USL Toscana sud-est ha definito l'accesso al lavoro agile a far data dal 1° gennaio 2018 con la deliberazione n°1085 della Direzione Generale (29 dicembre 2017) "Regolamento per il Lavoro Agile". Tale provvedimento ha introdotto la possibilità, per i dipendenti dirigenti pta e dipendenti afferenti all'area del comparto che operano nei dipartimenti tecnico-amministrativi a tempo indeterminato, e le cui attività risultino coerenti con quanto stabilito all'art.6 del regolamento, di aderire allo *smart working* per un massimo di due giorni lavorativi a settimana. L'accesso al Lavoro Agile, su base volontaria, veniva riconosciuto a seguito di presentazione della richiesta scritta del dipendente, con parere favorevole del direttore responsabile, e successiva sottoscrizione dell'accordo individuale con allegato programma delle attività. In fase di prima applicazione l'accesso a tale modalità era limitato ad un massimo di 100 dipendenti.

In considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e le conseguenti disposizioni emergenziali emanate dal Governo, anche l'Azienda USL Toscana Sud-Est, a partire dalla deliberazione n.293 del 6.03.2020, ha stabilito di attivare con urgenza il Lavoro Agile per ogni tipologia di rapporto subordinato, utilizzando in via transitoria le forme semplificate incentivate dalla legge (DPCM 8 marzo 2020, art. 2, lettera r) in vigore fino al 31.12.20 e successivamente prorogate fino al 14 ottobre 2021 – poiché come espressamente previsto dal DPCM 23 settembre 2021, a decorrere dal 15 settembre 2021, per le amministrazioni pubbliche la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa tornava ad essere quella in presenza. A partire dal 13 marzo 2020 l'Azienda ha trasmesso una serie di Avvisi relativi al "Vademecum Lavoro Agile", rivolti a tutto il personale in servizio, aggiornando progressivamente le disposizioni aziendali e richiamando la procedura per l'attuazione della propria prestazione lavorativa in modalità agile.

Destinatari di tale modalità lavorativa per tutto il periodo emergenziale sono il personale dirigenziale e il personale tecnico-amministrativo. Sono stati esclusi, invece, il personale addetto ai servizi sanitari di cura e socio-assistenziali che richiedono contatti con i pazienti e gli assistiti, nonché il personale che nella propria sede fa uso di strumentazioni non utilizzabili da remoto. Parallelamente l'Azienda ha valutato la possibilità di estendere la categoria di beneficiari del Lavoro Agile anche ai dipendenti a tempo determinato e in comando, oltre all'individuazione di lavoratori "fragili" che sono prioritari nell'attuazione del Lavoro Agile. In seguito all'emanazione della L. n. 77 del 17 luglio 2020, che ha visto la riscrittura dell'art. 263, nonché della circolare 3 del Ministro per la Pubblica Amministrazione, l'Azienda ha reso conformi le procedure e i criteri di accesso al Lavoro Agile semplificato al nuovo quadro normativo. In tale prospettiva ha proceduto a dare

mandato ai direttori delle strutture organizzative: i) di effettuare la mappatura delle attività compatibili con il lavoro agile; ii) di determinare i criteri di individuazione dei dipendenti che potranno rendere la prestazione in Lavoro Agile richiamando quanto già previsto dalla deliberazione n. 1085 del 29 dicembre 2017; iii) di poter richiedere report/schede/documenti di sintesi per la misurazione dell'adempimento della prestazione lavorativa rispetto a periodi temporali definiti.

Al fine di garantire la propria prestazione lavorativa in modalità agile il dipendente poteva fare uso degli strumenti informatici personali qualora non fossero stati forniti dall'Azienda USL Toscana sud-est, impegnandosi, qualora la prestazione fosse resa al di fuori della sede di lavoro, a svolgerla in locali o spazi con connessione Wi-Fi protetta finalizzata alla protezione dei dati aziendali.

Modalità attuative del lavoro agile

Nel garantire l'attuazione diffusa del Lavoro Agile a livello organizzativo, in linea con quanto previsto dall'art.263 della L. n. 77/2020, l'Azienda USL Toscana Sud Est persegue il principio guida "*far but close*" definito anche nelle Linee Guida per il POLA del DFP. Per poter raggiungere questo obiettivo, l'Azienda USL Toscana Sud-Est ha inteso superare ed aggiornare il regolamento sul Lavoro Agile di cui alla richiamata deliberazione del D.G. n. 1085/2017.

Infatti con la deliberazione n. 1564 del 26 novembre 2021, in attuazione di quanto disposto dal DPCM 23 settembre 2021, dal successivo DM 8 ottobre 2021 recante "Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni" nonché dalle linee guida attuative, è stato adottato il nuovo regolamento aziendale sul Lavoro Agile, applicabile al personale afferente l'area contrattuale del comparto e della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa del S.S.N.

Il Regolamento Aziendale, approvato con deliberazione del D.G. n. 1564 del 26 novembre 2021 - nelle more della definizione degli istituti del rapporto di lavoro connessi al lavoro agile da parte della contrattazione collettiva - ha disciplinato l'accesso al Lavoro Agile mediante stipula dell'accordo individuale di cui agli artt. 18 e ss. della L. n.81/2017 tenuto conto che a decorrere dal 15 ottobre 2021, stante la decretazione richiamata, la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa tornava ad essere quella svolta in presenza.

È inoltre in fase avanzata di approvazione l'analogo schema di regolamento applicabile alla Dirigenza dell'area sanità. Novità importante contenuta in entrambi i documenti è costituita dall'assenza di limiti massimi di accesso al lavoro agile, circostanza che consente ampia flessibilità e discrezionalità ai Direttori di struttura nella sottoscrizione degli accordi individuali. Non sono, altresì, previsti, in entrambi i documenti, criteri soggettivi di priorità nell'accesso all'espletamento dell'attività lavorativa in modalità agile in modo da favorire un'adeguata rotazione del personale interessato, qualora il numero delle richieste risulti superiore alle effettive disponibilità, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore dell'attività in presenza, ovvero per massimo di 2 giorni lavorativi a settimana.

In questo paragrafo vengono sintetizzate le scelte organizzative che l'Azienda ha inteso attuare per promuovere il ricorso al Lavoro Agile, sulla base di criteri condivisi con le Organizzazioni Sindacali, il Comitato Unico di Garanzia (CUG), l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e in linea con la disciplina del Lavoro Agile come definita dalle disposizioni della L. n. 81/2017 (art.18 e ss.), nonché del Decreto Ministro PA del 08.10.2021, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

- Organizzazione del lavoro;

- Spazi di lavoro;
- Dotazione tecnologica;
- Formazione e competenze;
- Monitoraggio del Lavoro Agile.

Organizzazione del lavoro

Nell'organizzazione del Lavoro Agile, secondo quanto indicato dall'art. 3 del decreto 19 ottobre 2020, un ruolo centrale è svolto dal Direttore di struttura (personale dirigente), di concerto con i direttori delle macrostrutture a cui afferiscono. Nel rispetto del regolamento in vigore e in quello di prossima approvazione per il Lavoro Agile, il Direttore provvederà alle seguenti attività:

- individuare, in collaborazione con gli altri direttori, i criteri per la tipologia di attività che possono essere svolte da remoto, anche in un'ottica di sviluppo ed ampliamento futuro delle stesse e, parallelamente, definire quelli utili alla valutazione del grado di autonomia necessario per lo svolgimento delle attività da remoto;
- ridefinire i parametri di accesso alla modalità di Lavoro Agile, consentendo, anche in situazione non emergenziale, di beneficiare dello *smart working* anche a dirigenti e personale sanitario, nonché ai dipendenti a tempo determinato e in comando, tenendo sempre presente il principio della volontarietà nell'adesione e ponendo particolare attenzione alla componente femminile;
- individuare la modalità più consona ai fini della conciliazione dei tempi di vita e tempi di lavoro, per non creare discriminazioni e/o isolamento;
- prevedere la possibilità di una rotazione del personale per garantire un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività lavorativa in *smart working* e in presenza, facendo attenzione nel dare priorità ai lavoratori fragili;
- garantire la flessibilità rispetto alla fascia orario di reperibilità e al diritto di disconnessione del dipendente, al fine di garantire pari dignità lavorativa, evitando di essere reperibili h 24.

Spazio di lavoro

Il dipendente, al quale sarà consentito di svolgere il Lavoro Agile presso una qualunque sede adeguata allo svolgimento di tale modalità lavorativa, avrà cura di svolgere la propria attività professionale in un luogo che possa garantire la propria incolumità personale, la sicurezza delle informazioni e la qualità del proprio lavoro, evitando quindi postazioni non a norma con le disposizioni antinfortunistiche o che possano creare situazioni di pericolo. A supporto di ciò, l'Azienda si impegna a garantire l'applicazione della normativa per l'infortunio sul lavoro anche per il dipendente che svolge la sua prestazione lavorativa in modalità agile, nonché a rafforzare ulteriormente le procedure per assicurare la gestione sicura dei dati e informazioni aziendali in linea, altresì, con le indicazioni fornite da AGID.

Per quanto riguarda la gestione degli spazi di lavoro presso la sede, l'Azienda sta avviando e implementando una serie di attività propedeutiche alla ridefinizione e individuazione di spazi comuni per l'esercizio delle attività, con particolare attenzione alle modalità di certificazione della conformità della postazione lavoro.

Dotazione tecnologica

Per consentire l'adozione del Lavoro Agile come modalità lavorativa ordinaria, l'azienda ha in programma di fornire ai dipendenti che beneficeranno di tale modalità gli strumenti adeguati, provvedendo progressivamente al rinnovo delle apparecchiature informatiche già in dotazione al personale.

Si prevede, altresì, che, a regime, i risparmi derivanti da tale implementazione (ad esempio quelli derivati dal mancato accesso alla mensa) e dai piani di razionalizzazione della spesa siano finalizzati ad investimenti in infrastrutture e strumenti digitali funzionali a supportare l'adozione del Lavoro Agile.

Si evidenzia inoltre, che l'attenzione che l'Azienda si impegna a rivolgere a tale dimensione si inserisce nel più ampio quadro di programmazione degli investimenti e degli interventi delineato sia dal Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione¹ 2020-2022 che dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per l'accesso al fondo Next Generation EU approvato dal Consiglio europeo a luglio 2020.

Formazione e competenze

L'Azienda riconosce che la *digital transformation* nell'organizzazione del lavoro della PA richiede un'attenzione specifica all'allineamento tra strategia, cultura e persone. Pertanto, nell'ottica di favorire l'adesione al Lavoro Agile e integrarlo sempre più nell'organizzazione aziendale, l'Azienda USL Toscana Sud-Est promuove una transizione culturale, soprattutto per i dirigenti, orientata al raggiungimento dei risultati e prevede l'introduzione di iniziative formative volte a consentire lo sviluppo di un set di competenze (*soft*, manageriali, tecniche e digitali) in aggiunta alle competenze già possedute dai dipendenti, Dirigenti e non, in quanto necessarie per svolgere le rispettive attività quotidiane, e garantire ai dipendenti tutti gli strumenti adeguati allo svolgimento della propria prestazione lavorativa anche da remoto.

Monitoraggio del Lavoro Agile

Per facilitare, anche da remoto, il monitoraggio delle attività svolte in modalità agile e la verifica degli avanzamenti degli obiettivi prefissati, oltre all'introduzione di alcuni strumenti già in uso come l'Angolo del Dipendente, si prevede l'introduzione di un sistema di reporting strutturato che possa supportare il singolo dirigente in una più efficace organizzazione e gestione del lavoro.

Soggetti, processi e strumenti del Lavoro Agile

Di seguito si descrivono i principali attori coinvolti nel processo di organizzazione e monitoraggio del Lavoro Agile in l'Azienda USL Toscana Sud-Est:

- **Dirigenti**, quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi dell'ufficio di propria competenza; con una particolare attenzione all'individuazione delle attività che possono essere svolte da remoto, all'assicurazione di percorsi formativi e informativi per tutto il personale e, infine, al monitoraggio dei risultati ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa;

- **Comitato unico di garanzia (CUG)**, che contribuisce alla definizione dei criteri necessari per consentire all’Azienda di organizzare ed attuare il Lavoro Agile e degli aspetti della prestazione lavorativa che hanno un diretto impatto sul benessere organizzativo dei dipendenti;
- **l’Organismo indipendente di valutazione (OIV)** è stato coinvolto nel processo di definizione di una metodologia adeguata per la selezione degli indicatori necessari per il monitoraggio dell’attuazione del Lavoro Agile e della performance organizzativa, direttamente impattata da questa nuove modalità di lavoro.
- **Responsabile della Transizione al Digitale (RTD)** ha un ruolo cruciale nella rilevazione del grado di maturità tecnologica dell’Amministrazione e nell’individuazione dei percorsi di evoluzione tecnologica volti alla semplificazione e abilitazione del Lavoro Agile nella modalità ordinaria.
- **La Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU)**, insieme a tutte le organizzazioni sindacali, contribuisce alla definizione dei principi alla base delle politiche di regolamentazione e contrattazione collettiva previste per il Lavoro Agile e alle quali l’Azienda deve attenersi per l’implementazione della modalità di Lavoro Agile

| Strumento | Descrizione | Finalità |
|-----------------------|--|--------------|
| Accordi individuali | Predisposizione di accordi che regolamentano lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile | Attuazione |
| VDI Horizon | Infrastruttura tecnologica che consente al personale di poter accedere, dalla propria abitazione, alla postazione di lavoro in dotazione presso la sede lavorativa nonché ai sistemi aziendali raggiungibili solo dalla rete | Attuazione |
| Angolo del Dipendente | Procedura informatizzata delle presenze, nella quale è stato inserito il giustificativo specifico “ <i>Smart working</i> ” per registrare i giorni lavorativi in tale modalità sulla base dell’autorizzazione del proprio responsabile | Monitoraggio |
| Report di sintesi | Documentazione di sintesi, su base settimanale o mensile, che consente al singolo dirigente una gestione e organizzazione del lavoro efficace, anche da remoto. Tale modalità verrà progressivamente superata in favore di strumenti più snelli e allineati alla prospettiva del <i>project management</i> . | Monitoraggio |
| Help desk | Attivazione dei call center dedicati sulle sedi di Arezzo, Siena e Grosseto per problematiche riguardanti l’accesso e la configurazione di VDI Horizon | Supporto |

Programma di sviluppo del Lavoro Agile

L’Azienda USL Toscana Sud-Est ha previsto la definizione di un Programma di sviluppo del Lavoro Agile che riflette l’ambizione di diffondere e consolidare una cultura manageriale orientata al raggiungimento di obiettivi e risultati nella gestione delle risorse umane, in condizioni di maggiore autonomia e responsabilità dei singoli. Il Programma trova completa integrazione nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e, come premesso nella sezione introduttiva del documento, segue una logica di *Change management*, articolandosi in tre fasi:

- **Avvio:** Fase iniziale di diffusione della modalità di Lavoro Agile. Il focus verte sulla necessità di garantire salute e sicurezza, continuità del lavoro, abilitazione dei dipendenti all’uso degli strumenti tecnologici e benessere del personale;

- **Sviluppo intermedio:** Fase intermedia durante la quale, l'obiettivo è garantire lo sviluppo di stili manageriali orientati ai risultati, garantendo maggiore autonomia e responsabilità;
- **Sviluppo avanzato:** Fase finale di sviluppo del Lavoro Agile, in cui l'Azienda si impegna a consolidare una cultura manageriale orientata ai risultati – adeguando, ad esempio, strutture organizzative e procedure amministrative - e a garantire la visibilità di tali assetti organizzativi.

Nella definizione degli indicatori e dei rispettivi livelli attesi scelti per misurare le condizioni abilitanti, lo stato di implementazione, i contributi alla performance organizzativa e, infine, gli impatti attesi che saranno descritti nel Programma, l'Azienda seguirà alcuni criteri fondamentali condivisi con l'Organismo Indipendente di Valutazione. In particolare, gli indicatori individuati per ciascuna dimensione (salute organizzativa, professionale, digitale, stato di implementazione del Lavoro Agile) dovranno essere coerenti tra loro e monitorati periodicamente secondo una logica di avvio, sviluppo intermedio e sviluppo avanzato. Per tale motivo, nella valutazione e nel monitoraggio, saranno coinvolti sia i dipendenti che gli utenti destinatari dei servizi erogati dall'Azienda.

Si prevede, inoltre, che nella fase di sviluppo intermedio (2023) saranno inseriti degli indicatori dei Centri di Responsabilità e individuali relativi al Lavoro Agile.

Infine, dovrà essere prestata particolare attenzione nella definizione degli indicatori utili a misurare e valutare il potenziale contributo del Lavoro Agile al raggiungimento degli obiettivi organizzativi. A tal fine, dovranno essere presi in considerazione indicatori oggettivamente misurabili (es. riduzione/aumento dello straordinario e delle assenze) che in relazione alle serie storiche degli anni precedenti possano dare evidenza dell'impatto che il Lavoro Agile ha sulla performance organizzativa.

4.3 Piano triennale del fabbisogno del personale

Nel momento in cui viene redatto il Piano integrato di attività e organizzazione, è in corso di predisposizione il nuovo Piano triennale del fabbisogno del personale, nelle more delle relative indicazioni regionali.

Pertanto, si allega al presente documento il Piano triennale del fabbisogno del personale 2020 – 2022 che costituisce allegato n° 8.

4.4 Formazione del personale

Il Piano Annuale della Formazione dell'Azienda USL Toscana Sud Est ('PAF') rappresenta lo strumento principale di programmazione, promozione e governo dell'investimento immateriale ed economico finalizzato alla crescita ed alla valorizzazione dei professionisti che svolgono la propria attività in qualità di lavoratori dipendenti o convenzionati, per l'Azienda USL Toscana Sud Est. Il PAF individua nelle persone e nel loro patrimonio culturale e professionale, tecnico e non tecnico, le principali risorse su cui basare lo sviluppo continuo e sostenibile dell'Azienda stessa. La formazione continua rappresenta, per la nostra Azienda, un elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e delle performances, in uno scenario in continua evoluzione, quale quello sanitario dove i professionisti e le organizzazioni sono chiamati a fronteggiare nuove esigenze e nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali, come anche la recente epidemia ha drammaticamente dimostrato.

La formazione nei contesti sanitari si trova oggi ad affrontare sfide significative e sempre più deve concretizzarsi in un approccio che sia in grado di captare il rapido sviluppo delle conoscenze scientifiche, associato all'accrescersi delle innovazioni tecnologiche e organizzative. Si tratta di un processo continuo e

permanente, per facilitare il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella pratica professionale e quindi consolidare la qualità dell'assistenza erogata in termini di sicurezza, efficacia, efficienza, coinvolgimento ed appropriatezza. La formazione, quindi, permette di attivare un processo finalizzato a rendere i professionisti soggetti attivi di cambiamento, sia a livello individuale che organizzativo (gruppi), non attraverso una semplice adesione ad un modello preconstituito, ma attraverso l'elaborazione autonoma e nel confronto con gli altri di una propria strategia di intervento, alimentata da un arricchimento del proprio patrimonio cognitivo, dall'analisi della dinamica emotiva e motivazionale, dalla consapevolezza del proprio ruolo professionale e organizzativo.

L'Azienda USL Toscana Sud Est quindi, anche mediante la formazione, garantisce qualità, sicurezza ed efficacia delle prestazioni che eroga, non disgiunte dalla necessaria efficienza complessiva del sistema. A tal fine, attraverso il Piano Annuale della Formazione, si impegna a mantenere, consolidare, migliorare le competenze del proprio patrimonio di professionisti e perciò gli standard qualitativi

| | |
|---|--|
| PAF 2021 in Numeri Delibere DG n. 207 del 15/02/2021 e n.1066 del 25/08/2021 | |
| | |
| | 693 eventi realizzati |
| | 94,8% del totale dei programmati |
| | 115 eventi non ECM, il 16,6% del totale |
| | 26 eventi FAD sincrona dedicati al personale neoassunto |
| 9 eventi non previsti PAF, 224 partecipanti | come Provider ECM per conto di esterni |
| | 196.882,78 crediti erogati |
| | 0 segnalazioni e reclami |

| | |
|---|------------------------------------|
| PAF 2022 in Numeri Delibera DG n. 176 del 01/02/2022 | |
| | |
| | 606 eventi programmati |
| | 3734 edizioni programmate |
| | 45197 partecipanti previsti |
| Distribuzione obiettivi nazionali | 2022 (2021) |
| Competenze tecnico professionali e specialistiche | 60,9 (72)% |
| Competenze di processo, relazionali e comunicative | 16,8 (15)% |
| Competenze di sistema organizz/gestionale/situazional/ruolo | 22,3 (13)% |

Il contesto di riferimento e l'analisi dei bisogni informativi

Nella Azienda USL Toscana Sud Est lavorano circa 10.000 operatori con rapporto di dipendenza e circa 1.300 convenzionati. Queste dimensioni comportano un investimento sulle risorse umane per costruire un modello organizzativo orizzontale multiprofessionale ed interdisciplinare, che solleciti anche un cambiamento culturale e la piena assunzione di responsabilità sul raggiungimento degli obiettivi. La formazione è quindi chiamata non solo ad accompagnare e supportare il cambiamento, ma anche a stimolare e creare le condizioni culturali dello stesso. La capacità di saper lavorare in maniera diversa, formandosi sui modelli organizzativi presenti, sulle reti cliniche e sulle competenze relative al lavorare e collaborare, è decisiva per tenere insieme la dimensione organizzativa e quella del rapporto di prossimità con i cittadini ed i loro bisogni.

La raccolta dei fabbisogni formativi avviene attraverso modelli di rilevazione del fabbisogno individuale e del fabbisogno della Struttura di appartenenza. Alla raccolta dei fabbisogni ed alla formulazione delle proposte, dalla fine del 2021 hanno positivamente collaborato oltre ai Referenti della Formazione dei Dipartimenti laddove individuati, gli Animatori di formazione già previsti dalla Legge Regionale 74/98. In ottemperanza della DGRT 616/21 "Linee Guida su Animatori di Formazione" è stato emesso avviso interno per "Animatori di Formazione", è stata quindi effettuata una selezione interna per il loro reclutamento, organizzata una formazione di 28 ore e infine costituito un Albo aziendale, per la durata di tre anni rinnovabili, costituito da 138 Animatori di Formazione formalizzato con delibera del Direttore Generale n.1650/2021.

Gli obiettivi strategici aziendali

La UOC Formazione è inserita all'interno dell'Area Sviluppo della professionalità nello Staff della Direzione Aziendale

Sono obiettivi strategici la Sicurezza nei luoghi di lavoro e la Comunicazione

1) L'Azienda considera la Sicurezza nei luoghi di lavoro una condizione essenziale per garantire una performance assistenziale sicura e di qualità sia nei confronti degli assistiti sia nei confronti degli operatori offrendo un'ampia e qualificata formazione su questa tematica, come peraltro previsto dal Decreto Lgs 81/08. Tra i 22 corsi presenti nel PAF con Obiettivo n 27 "Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione", è presente il "Corso Formazione neoassunti sulla sicurezza DLgs81/08 lavoratori", articolato su 24 edizioni di 24 ore per totale di 576 ore di formazione, rivolte a tutti i neoassunti, qualsiasi sia il ruolo ricoperto per l'anno 2022. Il programma prevede anche argomenti legati alla Radioprotezione, alla luce della legge 101/2020 oltre al rilascio delle certificazioni per la gestione del Rischio Basso e per il Rischio Alto come specificato dall'art 37 del DLgs81/08 ed accordo stato Regioni del 21/12/2011. La formazione in Sicurezza nei luoghi di lavoro viene inoltre garantita anche tramite l'erogazione di Corsi in FAD Asincrona sul portale regionale Formas e nello specifico:

- Formazione generale e specifica per la sicurezza dei lavoratori Rischio Alto ai sensi dell'art.37 DLGS 81/2008 , accordo stato regioni del 21 dicembre 2011
- Corso di formazione per il preposto ai sensi dell'art. 37 DLGS 81/2008
- Formazione generale e specifica per la sicurezza dei lavoratori Rischio Basso ai sensi dell'art 37 DLGS 81/2008 , accordo stato regioni del 21 dicembre 2011

- Aggiornamento lavoratori ai sensi dell'art. 37 DLGS 81/2008 e smi nel settore ATECO sanità e assistenza sociale
- Formazione generale per Dirigenti ai sensi del 7Dlgs 81/2008 e smi, accordo stato Regioni del 21 dicembre 2011

2) L'Azienda considera la Comunicazione una delle leve strategiche per il raggiungimento dei propri obiettivi ed attribuisce alla comunicazione una profonda valenza relazionale finalizzata all'ascolto, all'accoglienza e alla presa in cura di tutti cittadini che necessitano dei servizi offerti. Al contempo una comunicazione strutturata è essenziale per garantire il raccordo all'interno della rete del territorio e tra le comunità professionali. La Direzione Aziendale, tra i 606 eventi programmati, ha individuato 56 eventi che hanno contenuti legati al tema della Comunicazione, considerato obiettivo strategico aziendale.

Principi e aree prioritarie

I principi a cui si ispira il Piano di formazione sono:

- Le linee di indirizzo regionali
- Il sostegno ai processi di riorganizzazione con un'ottica orientata al futuro
- L'investimento formativo strategico per accompagnare e supportare il governo dei percorsi diagnostico-terapeutici e sulle reti ed in generale sui processi di integrazione, decisivi per gli obiettivi di cambiamento
- L'obiettivo della acquisizione per la Azienda USL Toscana Sud Est, dell'accreditamento standard come Provider ECM e la implementazione delle potenzialità del ruolo
- Il controllo dei costi, mantenendo una significativa offerta formativa al personale, che tenga conto anche della esigenza di crescita umana e professionale delle persone
- La priorità alla modalità di formazione collettiva organizzata aziendali, rispetto alla formazione individuale esterna
g) L'impulso verso modalità di erogazione della formazione multi professionale e della formazione "sul campo" che renda più evidente come il personale possa da subito utilizzare le conoscenze e competenze acquisite nella propria attività lavorativa
- La valorizzazione delle risorse di docenza interne e del sistema regionale, in tutti i casi in cui sia possibile e didatticamente efficace
- Lo sviluppo della integrazione di percorsi formativi di interesse di area vasta
- La equità nelle opportunità di accesso alla formazione tra il personale
- Lo sviluppo della valutazione della formazione cercando di andare oltre i tradizionali questionari di gradimento e di apprendimento

Tra i principi sopra enunciati sono state individuate delle aree prioritarie, che rispondono ai temi particolarmente rilevanti del SSN, del SSR e aziendale

| |
|---|
| Eventi formativi rispondenti a tematiche ritenute particolarmente |
|---|

| | |
|--|--|
| rilevanti per il SSN | |
| Tematiche speciali del SSN e SSR a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla CNFC e dalla Regione per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni tecnico professionali (obiettivo 20) | Numero eventi formativi: 2/606 0,33% |
| Sicurezza del paziente, risk management, responsabilità professionale (obiettivo 6) | Numero eventi formativi: 15/606 2,48% |
| Tematiche speciali del SSN e SSR a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla CNFC e dalla Regione per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo (obiettivo 32) | Numero eventi formativi: 2/606 0,33% |
| o di sistema (obiettivo 33) | 1/606 0,17% |
| Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione (obiettivo 21) | Numero eventi formativi: 1/606 0,17% |

| | |
|--|--|
| Eventi formativi rispondenti a obiettivi ritenuti particolarmente rilevanti per il SSR | |
| Obiettivo Fragilità e Cronicità (Minori, Anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool, ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, socio assistenziali (obiettivo 22) | Numero eventi formativi: 24/606 3,96% |
| Obiettivo Innovazione Tecnologica (valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche ,chimiche, fisiche e dei dispositivi medici). HTA (obiettivo 29) | Numero eventi formativi: 9/606 1,49% |
| Obiettivo Appropriately prestazioni sanitari e, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza e efficacia. LEA (obiettivo 4) | Numero eventi formativi: 10/606 1,65% |
| Obiettivo Aspetti Relazionali e Umanizzazione delle cure (obiettivo 12) | Numero eventi formativi: 25/606 4,13% |
| Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'EBP (obiettivo 1) | Numero eventi formativi: 37/606 6,11% |

| | |
|---|--------------------------|
| Eventi formativi rispondenti a obiettivi ritenuti particolarmente rilevanti per l' Azienda | |
| Contenuti tecnico professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultra specialistica, ivi incluse | Numero eventi formativi: |

| | |
|---|---|
| le malattie rare e la medicina di genere (obiettivo 18) | 280/606 46,20% |
| Linee guida, protocolli e procedure (obiettivo 2) | Numero eventi formativi: 54/606 8,91% |
| Documentazione clinica. Percorsi clinico assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura (obiettivo 3) | Numero eventi formativi: 8/606 1,32% |
| Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale (obiettivo 8) | Numero eventi formativi: 26/606 4,29% |
| Integrazione tra assistenza territoriale e ospedaliera (obiettivo 9) | Numero eventi formativi: 4/606 0,66% |
| Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali (obiettivo 11) | Numero eventi formativi: 3/606 0,50% |
| La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato (obiettivo 7) | Numero eventi formativi: 8/606 1,32% |
| Etica, bioetica, deontologia. (obiettivo 16) | Numero eventi formativi: 8/606 1,32% |

Seguendo le indicazioni regionali di prevedere progetti formativi trasversali di area vasta, si segnalano i seguenti eventi che sono stati co-progettati e saranno realizzati in collaborazione con l’Azienda Ospedaliera Senese coinvolgendo in modo prioritario lo Staff della Direzione Sanitaria, della Direzione Aziendale ed il Dipartimento Materno Infantile. Di seguito l'elenco degli eventi:

- Trattamento percutaneo delle valvulopatie.
- Corso Base rianimazione neonatale in sala parto
- Retraining rianimazione neonatale in sala parto
- Stabilizzazione neonato critico in attesa di trasporto protetto
- Teleconsulto medico specialistico in Area Vasta SudEst
- Il miglioramento continuo dei piani di contrasto alle infezioni correlate all’assistenza: il confronto come base verso l’eccellenza
- Convegno del prematuro 2022
- AIDS e Infezioni Emergenti : l’attualità delle competenze acquisite.
- Risorse Bibliografiche
- Allattamento Materno Secondo Modello Unicef - Coinvolti E Retraining Dedicati
- Allattamento Materno Secondo Modello Unicef – Dedicati

- Allattamento Materno Secondo Modello Unicef - Informati

| Tipologia di Formazione | N. Eventi |
|--|-----------|
| FAD sincrona | 89 |
| Riunioni/Gruppi di miglioramento/Comunità di pratica | 141 |
| FSC (Formazione sul Campo) | 52 |
| Videoconferenza | 13 |
| Corsi | 220 |
| Blended | 21 |
| Audit e M&M | 4 |
| Simulazione | 17 |
| Seminari | 22 |
| Comando tecnico scientifico | 5 |
| Convegni | 14 |
| FAD asincrona | 4 |
| Stage | 4 |
| Totale | 606 |

Gli eventi formativi in: FSC (con particolare attenzione a comunità di apprendimento e di pratica), FAD, Blended e la Ricerca sono da considerarsi tipologia di eventi innovativi e rappresentano nel loro insieme il 57,75% degli eventi totali. La valutazione si intende positiva se gli eventi formativi innovativi come sopra specificati sono almeno il 50% degli eventi totali.

Formazione FAD

Com'è noto, a causa dell'emergenza Covid, negli ultimi due anni le strutture e le attività sanitarie hanno subito una profonda revisione organizzativa impegnando pesantemente tutto il personale, sanitario e non. Inoltre sia la situazione oggettiva creatasi a causa dell'emergenza, che quella normativa, hanno limitato la formazione in presenza.

Tuttavia la formazione non ha mai cessato, neanche nel periodo emergenziale, di essere un supporto fondamentale per tutti i professionisti, sia quando ha concentrato il proprio focus sulle tematiche emergenti legate all'emergenza Covid sia quando, nel tentativo di tornare ad una "diversa normalità", si riorienta ai contenuti tecnico professionali, di processo e di sistema.

Per poter affrontare la fase emergenziale ma anche quella futura, si è ritenuto opportuno, anche attraverso una riflessione condivisa con le altre Aziende Sanitarie toscane e con il Settore Regionale della Formazione, di dotarsi di strumenti che potessero bypassare la criticità di erogare formazione in presenza e pertanto si conferma la metodologia della FAD Sincrona come asset integrante per la formazione, metodologia resa disponibile tramite l'acquisizione di:

- n. 6 licenze per aule virtuali GoToMeeting, che hanno la potenzialità di far partecipare fino a 150 persone per ciascuna aula;

- n. 6 licenze per aule virtuali GoToWebinar che hanno la potenzialità di far partecipare fino a 1000 persone per ciascuna aula a conferma di quanto già garantito dal 2020.

A queste si sono aggiunte ulteriori 6 aule virtuali GoToMeeting (con capienza fino a 150 partecipanti) per assicurare i corsi OSS e che, quando libere, possono ulteriormente aggiungersi alle altre nella disponibilità della formazione continua.

Elementi di coerenza della formazione

Gli indirizzi della Regione Toscana stabiliscono tre tipi di coerenze:

- Il Piano formativo rispetto alle politiche per lo sviluppo delle risorse umane
- il Piano formativo rispetto alle innovazioni organizzative aziendali
- il Piano formativo rispetto alle innovazioni tecnologiche.

Il Piano Formativo Rispetto Alle Politiche Per Lo Sviluppo Delle Risorse Umane

Le principali risorse di cui dispone un'azienda per creare valore, generare nuove idee e sviluppare nuovi servizi sono le risorse umane. Anche un'azienda dotata delle tecnologie più sofisticate necessita di persone competenti, creative e motivate per svolgere l'insieme complesso di attività necessarie a garantire prestazioni efficaci, efficienti ed appropriate. L'innovazione in un'azienda dipende, in grande parte, dalle conoscenze professionali e dalle competenze del personale che, in un contesto di costante cambiamento della domanda e degli scenari tecnologici, diventano desuete in tempi molto rapidi. L'Azienda USL Toscana Sud Est pone al centro del proprio sistema la risorsa umana quale leva strategica e fattore critico di successo.

Le politiche di sviluppo del personale si fondano su tre pilastri: 1) sviluppo delle competenze professionali, inteso come definizione delle competenze chiave da possedere per lo svolgimento delle singole professioni. Il sistema di valutazione traccia i punti di forza e di debolezza rispetto alle competenze chiave e le sostiene indirizzando il personale mediante progetti di formazione mirata; 2) consapevolezza organizzativa, intesa come conoscenza dell'organizzazione e capacità di agire all'interno della stessa nel rispetto delle proprie competenze e dei ruoli; 3) sviluppo di carriera, inteso come definizione di percorsi di carriera professionali e gestionali ed inserimento dei collaboratori all'interno degli stessi sulla base delle loro capacità e talenti.

Partendo da tali premesse il PAF intende:

- promuovere la conoscenza e consapevolezza dell'assetto organizzativo in modo particolare per i neo assunti
- promuovere una cultura della qualità, nella logica di un miglioramento continuo, coinvolgendo, responsabilizzando e valorizzando la professionalità e lo sviluppo delle risorse umane presenti;
- sviluppare le competenze per garantire la qualità assistenziale attraverso l'utilizzo di strumenti conoscitivi e metodologici per la costruzione integrata di percorsi assistenziali, in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali ed i principi basati sull'evidenza;
- sviluppare le competenze/capacità necessarie a svolgere le proprie funzioni nel rispetto della normativa dettata in materia di anticorruzione e privacy;

- sviluppare e sostenere le capacità comunicativo-relazionali necessarie ad affrontare positivamente e costruttivamente i rapporti interpersonali con le persone assistite e con gli altri operatori;
- sviluppare le competenze/capacità per rispondere adeguatamente e tempestivamente a situazioni di emergenza urgenza sanitaria, quali l'arresto cardio respiratorio;
- coinvolgere tutti i professionisti ed operatori, con particolare riferimento ai neo assunti, nell'attività aziendale ed in quella della struttura di appartenenza,

Il Piano Formativo e le Innovazioni Organizzative Aziendali

L'Azienda USL Toscana Sud Est garantisce lo svolgimento dei propri compiti istituzionali attraverso le strutture organizzative professionali e funzionali individuate tenendo presente le norme generali di organizzazione, di prossimità e il necessario collegamento tra assistenza ospedaliera e territoriale e tra assistenza sanitaria e sociale. Le strutture organizzative professionali sono strutture di coordinamento tecnico – professionale delle unità organizzative (es. Reti e Dipartimenti di coordinamento tecnico-scientifico). Le strutture organizzative funzionali sono l'insieme di più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività. Sono strutture multi professionali che aggregano il personale secondo criteri orientati alla produzione di servizi.

Considerato che l'Azienda governa 13 Stabilimenti Ospedalieri e che i Dipartimenti Clinici raggruppano Unità Operative collocate nei diversi Stabilimenti, si rende necessario allocare alcune funzioni di gestione operativa a livello di singolo stabilimento. Le infrastrutture e le risorse dello Stabilimento Ospedaliero sono quindi organizzate in Aree Organizzative di Presidio, che aggregano più Moduli Assistenziali al fine di assicurare una programmazione condivisa, coordinata e razionale; le Aree Organizzative di Presidio definiscono piattaforme logistiche di risorse strutturali, tecnologiche ed impiantistiche che garantiscono un uso efficiente ed appropriato dei Moduli stessi, in funzione delle esigenze della casistica assegnata alle Unità Operative cliniche. I Dipartimenti ospedalieri e le Unità Operative specialistiche al loro interno sono costituiti da equipe di sanitari che gestiscono le casistiche cliniche di competenza e assorbono i fattori produttivi messi a disposizione dalle Aree Organizzative di Presidio sulla base di una programmazione congiunta.

Il Piano Formativo propone corsi a supporto dell'innovazione organizzativa:

- Aggiornamento normativo relativo alla programmazione e alla valutazione delle performances
- Sistemi di reportistica aziendale
- Corso guida sicura
- Corso guida sicura automedica
- Corso guida sicura per formatori e per utilizzatori
- Violenza sul lavoro: dalla conoscenza alla presa in carico
- Violenza di genere e crimini di odio
- Violenza ai danni degli operatori in PS
- Il teleconsulto nella retinopatia diabetica al tempo del COVID19
- Il teleconsulto medico specialistico in Area Vasta Sud Est
- Infermiere di famiglia e di comunità, un alleato per le nuove cure territoriali
- L'infermiere specialista di assistenza in area medica
- L'infermiere specialista in area chirurgica

Il Piano Formativo e le Innovazioni Tecnologiche

Anche con riguardo alla innovazione tecnologica la coerenza risulta significativa. L'innovazione tecnologica, a seguito della riforma sanitaria, è divenuta fondamentale per il ridisegno e unificazione dei processi aziendali sia sanitari che amministrativi. Le caratteristiche di basse infrastrutture di comunicazione e di bassa densità di popolazione presenti nell'Azienda USL Toscana Sud Est portano l'innovazione tecnologica e l'innovazione organizzativa ad essere uno dei maggiori strumenti per uniformare

il livello di qualità ed equità di cura anche per i territori disagiati. Continuano a nascere così diverse iniziative aziendali di innovazione sia dal livello di governance che dagli operatori territoriali ed ospedalieri. Per ognuna di queste iniziative la formazione a supporto del dispiegamento è da sempre stata fondamentale per ottenere il massimo risultato attraverso una continua e costante vicinanza agli operatori interessati dalle nuove tecnologie e delle nuove organizzazioni. Per supportare le innovazioni necessarie, ottimizzare i processi e stimolare il miglioramento organizzativo, anche in questo piano di formazione si dà spazio alla formazione di base Lean del personale territoriale e ospedaliero in modo che nascano dal basso le iniziative di ottimizzazione e innovazione dei processi. A questa, per l'anno 2022, si affianca un evento dal titolo "Il consolidamento della metodologia Lean nella Azienda TSE" che prevede il coinvolgimento degli operatori di linea per l'applicazione operativa per la gestione dei progetti Lean e nella fase di follow up. Rispetto alla messa in opera di progetti di innovazione tecnologica e organizzativa è stata inserita nel piano di formazione un'iniziativa, rivolta agli Staff di Direzione e alle Direzioni dei Dipartimenti, per il Service Design dei processi come strumento di disegno, condivisione e definizione di un processo innovativo da mettere a regime. A questo tipo di necessità si affiancano modalità operative innovative, legate ai nuovi strumenti tecnologici, per le quali gli operatori verranno affiancati in aula e "on the job" con sessioni di Change Management Lineamenti e Change Management Applicazioni che permettano a tutti, indipendentemente dal grado di propensione all'utilizzo di piattaforme digitali, di arrivare a un pieno utilizzo delle nuove piattaforme.

Cosa ci aspettiamo: Miglioramento della conoscenza dell'organizzazione aziendale a tutti i livelli con particolare attenzione al personale sanitario, Miglioramento del processo di budget e di valutazione strettamente legati al modello organizzativo adottato, Miglioramento della circolarità delle informazioni e della comunicazione, anche con il supporto di strumenti informatici, in relazione al modello organizzativo adottato.

Considerate le caratteristiche orografiche e demografiche del territorio Sud Est della Toscana, particolarmente importanti continuano ad essere iniziative di innovazione tecnologica per lo sviluppo della Telemedicina. Non ultimo il supporto formativo a vari livelli rispetto all'implementazione di nuovi percorsi di diagnosi e cura attivati attraverso strumenti di Telemedicina tra i PS ospedalieri e con le zone disagiate ed isolate come l'Isola del Giglio o l'Appennino. Il supporto di affiancamento "on the job" del personale risulterà essenziale per l'utilizzo pervasivo delle nuove tecnologie messe a disposizione. I risultati attesi dal supporto formativo e di affiancamento sul campo di questi progetti e degli altri previsti nel PAF sono di massima efficacia e pervasività nell'utilizzo quotidiano di nuovi strumenti tecnologici e quindi dell'attuazione efficace ed efficiente di nuovi percorsi di diagnosi e cura nonché di diffusione anche nei territori disagiati e nei Presidi Ospedalieri periferici di professionalità specialistiche presenti nei Presidi centrali. Tutto questo con particolare riferimento all'uso delle piattaforme GoToMeeting e GoToWebinar per le riunioni online, videoconferenze e conferenze.

Il coinvolgimento del personale nella formazione

Con il Piano di Formazione l'Azienda si pone l'obiettivo di assicurare adeguate occasioni di crescita culturale e professionale a tutti i professionisti. Per il personale del ruolo sanitario l'opportunità formativa, orientata prevalentemente allo sviluppo di competenze, garantendo la qualità del processo formativo, mira anche a massimizzare l'acquisizione dei crediti ECM così come previsto dalla normativa. Il target è multiprofessionale per 456 eventi (pari al 75,25% e monoprofessionale per eventi 150 (pari al 24,75%). Si ricorda che il Personale partecipante a tutti gli eventi in tutte le edizioni è 45197, di cui 6323 ad eventi monoprofessionali e 38874 ad eventi multiprofessionali. Il personale viene individuato e coinvolto da parte dei Dirigenti preposti

ai Dipartimenti, alle Aree Dipartimentali, alle Unità Operative e Funzionali, in quanto si ritiene precisa responsabilità del Dirigente analizzare i bisogni formativi delle risorse umane assegnate, nonché le priorità e le modalità per realizzare una omogenea crescita professionale.

Le risorse finanziarie

L'obiettivo d e I P A F è di coniugare il governo delle risorse finanziarie con una importante offerta formativa, anche ai fini del conseguimento dei crediti ECM. Per raggiungere tale obiettivo si agisce sui seguenti fattori:

- Contenimento dell'aggiornamento individuale esterno con costi di iscrizione a corsi per i quali non sia possibile soddisfare l'esigenza con la offerta formativa collettiva aziendale. L'aggiornamento individuale sarà indirizzato prioritariamente verso la offerta formativa del sistema regionale, contenendo al massimo possibile anche le spese di trasferta;
- Utilizzo, laddove possibile e didatticamente utile, di formatori interni e del Sistema del Servizio Sanitario Regionale
- Utilizzo della formazione e-learning, che ha costi ridotti rispetto alla formazione in presenza
- Apporto da parte di Aziende con funzione di sponsor
- Formazione a terzi

Per l'anno 2022 si prevede un investimento di Euro 712.344,74 per la formazione collettiva proposta dalle Macro Aree. A queste risorse, come per il passato, devono aggiungersi Euro 150.000,00 per la formazione individuale facoltativa e obbligatoria e Euro 142.000,00 come fondo di riserva. L'investimento complessivo, a valere sui fondi aziendali, pari ad Euro 1.004.344,74 Sono i previsti fondi finalizzati da parte della Regione Toscana per alcuni importanti progetti (L. 135/90 AIDS per formazione e assegni di studio, Infezioni Correlate all'Assistenza, PMA ecc) oltre alle risorse economiche, sempre regionali, per la formazione dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Gli eventi finanziati con fondi regionali importano una spesa totale di Euro 207.070,11.

Le misure volte a incentivare e favorire l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato (es. politiche di permessi per il diritto allo studio e di conciliazione)

In conformità a quanto previsto dall'art. 48 del CCNL 2016/2018 del Comparto Sanità, sottoscritto in data 21.05.2018, l'Azienda ha indetto appositi avvisi di selezione per la concessione di permessi retribuiti (cd 150 ore) per motivi di studio (anno 2022), riservato ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, di durata non inferiore a sei mesi continuativi, appartenenti all'Area del Comparto.

Tali permessi possono essere concessi fino ad un massimo di 150 ore, per la partecipazione a corsi destinati al conseguimento di titoli di studio di istruzione primaria, secondaria, universitaria, post-universitaria nonché di qualificazione professionale (purchè richiedano un impegno orario non inferiore a 100 ore complessive) rilasciati da scuole statali, parificate o legalmente riconosciute o comunque abilitate al rilascio di titoli di studio legali od attestati professionali riconosciuti dall'ordinamento pubblico italiano ed europeo, nonché per sostenere i relativi esami.

Il numero dei dipendenti che potrà beneficiare di tale istituto contrattuale è di 242, cioè il 3 % del personale del comparto in servizio al 01.01.2021.

Qualora il numero delle richieste pervenute superi il predetto limite i permessi saranno concessi in base al seguente ordine di priorità:

- a) ai dipendenti che frequentino l'ultimo anno del corso di studi e, se studenti universitari o post-universitari (Master/Scuole di Specializzazione), abbiano superato gli esami previsti dai programmi relativi agli anni precedenti;
- b) ai dipendenti che frequentino per la prima volta gli anni di corso precedenti l'ultimo e successivamente quelli che, nell'ordine, frequentino, sempre per la prima volta, gli anni ancora precedenti escluso il primo, ferma restando, per gli studenti universitari e postuniversitari, la condizione di cui al punto immediatamente precedente (essere in regola con gli esami);
- c) ai dipendenti ammessi a frequentare le attività didattiche, che non si trovino nelle condizioni di cui alle lettere a) e b) ivi compresi i tirocini/stage;
- d) ai dipendenti che frequentino il primo anno di corso;
- e) ai dipendenti ammessi a frequentare nell'ordine il 1° o il 2° anno fuori corso;
- f) ai dipendenti che frequentano corsi per il conseguimento del secondo (oltre il secondo) titolo di studio (diploma/laurea) che abbiano già fruito negli anni passati delle 150 ore.

Nell'ambito di ciascuna delle precedenti condizioni o fattispecie, la precedenza è accordata, nell'ordine, ai dipendenti che frequentino corsi di studio della scuola media inferiore, della scuola media superiore, universitari o post-universitari sulla base di una adeguata ripartizione tra i dipendenti dei vari ruoli.

A parità di condizioni sono ammessi al beneficio i dipendenti che frequentino corsi di studio attinenti il profilo professionale o finalizzati al conseguimento di titoli di studio afferenti le professionalità previste per il settore sanità.

Qualora, a seguito dell'applicazione dei criteri sopra indicati sussista ancora parità di condizioni, sono ammessi al beneficio i dipendenti che non abbiano mai usufruito dei permessi relativi al diritto allo studio per lo stesso corso e, in caso di ulteriore parità, secondo l'ordine decrescente di età.

5 MONITORAGGI

5.1 Monitoraggio del valore pubblico e performance

Misurare il valore pubblico, generato dall'Azienda mediante le proprie azioni strategiche, si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati in questo piano 2022 – 2024 e rendicontati nella Relazione sulla Performance.

Quando vengono rendicontati i risultati della performance di struttura, ovvero degli obiettivi operativi di performance di struttura in correlazione con quelli strategici da cui discendono, l'intento è di rendere evidente il legame per la realizzazione della strategia dell'Azienda attraverso le assegnazioni alle strutture organizzative degli obiettivi operativi, anche in relazione al raggiungimento dei target degli indicatori strategici.

La rendicontazione puntuale relativa ai singoli obiettivi avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali, recuperando la documentazione e le relazioni dalle strutture relativamente al conseguimento

degli obiettivi qualitativi ed organizzativi (definizione di linee guida, aggiornamento e predisposizione di protocolli clinico/assistenziali, ecc.). In modo che tale valutazione sia supportata da elementi oggettivi.

In particolare i singoli indicatori (KPI) sono classificati in base alla loro fonte:

- da flussi (Fonte: MeS, ARS, NSG, LEA, DWH Aziendale, altri DataBase o applicativi aziendali), il cui risultato deriva dalla fonte stessa,
- obiettivi documentali, trasversali a più strutture o relativi alla singola struttura, per i quali sarà valutata la documentazione prodotta

Il processo di valutazione di struttura è normato da apposito regolamento opportunamente deliberato (delib DG n. 275/2021) rientrante nel più completo documento definito Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP).

Parallelamente al monitoraggio della Performance di Struttura sopra richiamata, si ha quello relativo al Sistema di Valutazione della Performance Individuale assicurato dalla produzione di reportistica periodica relativa ai risultati raggiunti per ogni step del processo di valutazione individuale che passa dall'assegnazione degli obiettivi/comportamenti, attraverso una loro valutazione intermedia, alla fase della valutazione finale, con lo scopo di rilevare con tempestività eventuali criticità bloccanti l'iter di processo ed avviare opportune azioni di intervento atte a ripristinare il normale excursus e completamento del ciclo annuale. Rendicontazione di monitoraggio periodica predisposta anche ai fini della correlazione con il sistema di Budgeting aziendale che prevede tra gli obiettivi operativi il rispetto dei tempi di processo tra cui quello della Performance Individuale.

Il Monitoraggio si completa con la Rendicontazione finale delle risultanze conseguite dal personale dipendente sia dell'area della Dirigenza che dell'area del Comparto predisposta anche ai fini della verifica annuale da parte dell'OIV e per la stesura della Relazione sulla Performance.

Al momento il sistema di monitoraggio è solo di carattere gestionale, finalizzato cioè alla verifica della corretta applicazione del sistema di valutazione ed alle verifiche interne, poichè con l'attuale SW in uso per la gestione delle schede di valutazione individuale non è fattibile l'avvio di una "Valutazione Partecipativa" rivolta ai soli stakeholder interni aziendali, ossia i valutati stessi.

5.2 Monitoraggio dei rischi corruttivi

Monitoraggio delle misure di prevenzione

L'attività di monitoraggio consiste nella "razionalizzazione e messa a sistema dei controlli già esistenti", verificando l'efficacia/efficienza dell'intero workflow in transito verso e dal RPC (monitoraggio di I° e II° livello). Si tratta di un'azione continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio.

Durante l'anno spetta al RPC verificare l'osservanza e l'applicazione di tutte le misure di prevenzione previste nel PTPCT, le cui risultanze costituiranno di conseguenza il presupposto per la definizione del successivo Piano e della Relazione annuale sull'intera attività svolta. In relazione alle modalità di monitoraggio delle misure specifiche di prevenzione si rinvia a quanto illustrato nel relativo paragrafo.

Un eventuale ricorso all'utilizzo di sistemi informatizzati o spazi digitali condivisi (come le reti intranet) dovrà far confluire al proprio interno la gestione completa di tutti i documenti che afferiscono alle procedure di monitoraggio e controllo del Sistema di Prevenzione.

Strumenti di monitoraggio e controllo dell'ASL Toscana sud est

Di seguito il flusso documentale e le azioni di controllo pianificate a livello aziendale.

Workflow annuale da UPD

| FLUSSO INFORMATIVO PER AGGIORNAMENTO DEL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA |
|--|
| Come previsto dagli artt. 1. co.9 let. c) L.190/2012 e 16 co. 1-ter D.lgs 165/2001, il Piano prevede specifici obblighi di comunicazione da parte dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, di seguito i dati richiesti relativi all'annualità 2021: |
| 1.a) Indicare se nel corso del 2021 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento , anche se non configurano fattispecie penali |
| _____ |
| 1.b) Presentare un prospetto di sintesi delle principali violazioni verificatesi nel corso del 2021 |
| _____ |
| 2.a) Indicare se nel corso del 2021 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti (si – no) |
| _____ |
| 2.b) Se SI' indicare se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi (indicare il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati): |
| <i>Peculato – art. 314 c.p.</i> |
| <i>Concussione - art. 317 c.p.</i> |
| <i>Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.</i> |
| <i>Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.</i> |
| <i>Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.</i> |
| <i>Induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.</i> |
| <i>Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.</i> |
| <i>Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.</i> |
| <i>Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.</i> |
| <i>Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.</i> |
| <i>Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 c.p.</i> |
| <i>Altro (specificare quali)</i> |
| 2.c) Se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi , indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti penali (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree): |
| <i>A. Acquisizione e gestione del personale</i> |
| <i>B. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica senza effetto economico diretto ed immediato</i> |
| <i>C. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica con effetto economico diretto ed immediato</i> |
| <i>D. Contratti pubblici</i> |
| <i>E. Incarichi e nomine</i> |

| |
|---|
| <i>F. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio</i> |
| <i>G. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</i> |
| <i>H. Affari legali e contenzioso</i> |
| <i>L. Attività libero professionale</i> |
| <i>M. Liste d'attesa</i> |
| <i>P. Rapporti con soggetti erogatori - Accordi/Contratti di attività</i> |
| <i>S. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie - Sperimentazioni cliniche - Sponsorizzazioni</i> |
| <i>U. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero</i> |
| |
| 3) Indicare le violazioni maggiormente emerse nel corso dell'anno distinte per ruolo sanitario, tecnico-professionale, amm.vo |
| _____ |
| |

Workflow annuale da Affari legali

| FLUSSO INFORMATIVO PER AGGIORNAMENTO DEL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA |
|--|
| Come previsto dagli artt. 1. co.9 let. c) L.190/2012 e 16 co. 1-ter D.lgs 165/2001, il Piano prevede specifici obblighi di comunicazione da parte dell'Area Legale, di seguito i dati richiesti relativi all'annualità 2021: |
| 1. Indicare se, nel corso dell'anno di riferimento del PTPCT(2021), vi sono state denunce , riguardanti fatti corruttivi , a carico di dipendenti dell'amministrazione (sì - non sono pervenute notizie/ indicare il numero) |
| _____ |
| 2. a) Indicare se, nell'anno di riferimento del PTPCT (2021), l'amministrazione abbia avuto notizia da parte dei propri dipendenti di essere stato destinatario di un procedimento penale per fatti di natura corruttiva . (sì - non sono pervenute notizie/ indicare il numero) |
| _____ |
| 2.b) Indicare a quali aree di rischio si riferiscono i fatti oggetto di procedimento penale : |
| <i>A. Acquisizione e gestione del personale</i> |
| <i>B. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica senza effetto economico diretto ed immediato</i> |
| <i>C. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica con effetto economico diretto ed immediato</i> |
| <i>D. Contratti pubblici</i> |
| <i>E. Incarichi e nomine</i> |
| <i>F. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio</i> |
| <i>G. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</i> |
| <i>H. Affari legali e contenzioso</i> |
| <i>L. Attività libero professionale</i> |
| <i>M. Liste d'attesa</i> |
| <i>P. Rapporti con soggetti erogatori - Accordi/Contratti di attività</i> |
| <i>S. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie - Sperimentazioni cliniche - Sponsorizzazioni</i> |
| <i>U. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero</i> |
| |
| 3. Indicare se, nell'anno di riferimento del PTPCT (2021), sono stati conclusi con provvedimento non definitivo , procedimenti penali a carico di |

| |
|---|
| dipendenti dell'amministrazione per fatti di natura corruttiva (sì - non sono pervenute notizie/ indicare il numero) |
| _____ |
| 4.a) Indicare se, nell'anno di riferimento del PTPCT (2021), sono stati conclusi, con sentenza o altro provvedimento definitivo , procedimenti penali a carico di dipendenti dell'amministrazione per fatti di natura corruttiva (sì - non sono pervenute notizie/ indicare il numero - indicare a quale anno si riferiscono le condotte corruttive in oggetto) |
| _____ |
| 4.b) Indicare inoltre a quali aree di rischio si riferiscono i fatti oggetto di provvedimento definitivo |
| _____ |
| <i>A. Acquisizione e gestione del personale</i> |
| <i>B. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica senza effetto economico diretto ed immediato</i> |
| <i>C. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica con effetto economico diretto ed immediato</i> |
| <i>D. Contratti pubblici</i> |
| <i>E. Incarichi e nomine</i> |
| <i>F. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio</i> |
| <i>G. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni</i> |
| <i>H. Affari legali e contenzioso</i> |
| <i>L. Attività libero professionale</i> |
| <i>M. Liste d'attesa</i> |
| <i>P. Rapporti con soggetti erogatori - Accordi/Contratti di attività</i> |
| <i>S. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie - Sperimentazioni cliniche - Sponsorizzazioni</i> |
| <i>U. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero</i> |
| _____ |
| 5. Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p. |
| (sì - no / indicare il numero) |
| _____ |
| _____ |
| 6. Fornire una breve sintesi descrittiva dell'organizzazione ed attività svolte dall'Area di Rischio "Affari Legali e contenzioso aziendale " |

Workflow annuale da Aree di rischio aziendali

Somministrazione di scheda di report per attività di monitoraggio nei seguenti ambiti:

mappatura di processi e procedimenti

applicazione e controllo di misure di prevenzione

applicazione di misure di rotazione/avvicendamento ruoli a rischio

osservanza del codice di comportamento aziendale

segnalazione eventi anomali/irregolari

segnalazione conflitti di interessi/incompatibilità

Come già ricordato in premessa, è stata richiesta in questa sede l'identificazione formale di un referente di struttura per garantire un dialogo e comunicazione continua non solo in merito ad eventuali criticità emerse ma anche per l'individuazione di best practise da condividere e diffondere in materia di Prevenzione e Trasparenza.

Workflow da Società controllate e partecipate

La materia è disciplinata dal D.Lgs 19 agosto 2016 n° 175, "Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica" (TUSP), come modificato dal D.Lgs 16 giugno 2017 n° 100 che prevede, all'art. 20 che le amministrazioni pubbliche effettuino annualmente, entro il 31 dicembre, con proprio provvedimento, un'analisi dell'assetto complessivo delle società in cui detengono partecipazioni, dirette o indirette, predisponendo, ove ricorrano i presupposti elencati al comma 2 del medesimo articolo, un piano di riassetto per la loro razionalizzazione, fusione o soppressione, anche mediante messa in liquidazione o cessione.

L'Azienda, dopo aver proceduto con deliberazione n° 804 del 29 settembre 2017, alla revisione straordinaria delle partecipazioni, secondo quanto previsto dall'art. 24 del TUSP, annualmente procede alla revisione ordinaria.

A tal fine, provvede a:

effettuare, con finalità di trasparenza ed esaustività, la ricognizione di tutte le partecipazioni a qualsiasi titolo possedute dall'Azienda Toscana Sud Est in soggetti giuridici, vale a dire soggetti con personalità giuridica, a prescindere dalla forma giuridica, ivi compresi i consorzi pubblici e privati e le fondazioni;

effettuare la ricognizione specifica delle partecipazioni in società di capitali da parte dell'Azienda Sanitaria, anche nella forma delle società Consortili a Responsabilità Limitata, così come richiesto dal d.lgs. 175 del 2016;

sottoporre volontariamente, ai fini di una maggiore trasparenza ed in ragione delle attività espletate, a verifica anche la partecipazione "Consorzio Metis", il quale, pur avendo la forma giuridica di consorzio espletato attività riconducibili al dettato dell'art. 4 del TUSP.

Pertanto, con deliberazione n° 1654 del 16 dicembre 2021, l'Azienda ha proceduto alla ricognizione completa delle partecipazioni detenute al 31 dicembre 2020 che risultano:

n° 1 società per azioni

n° 1 società consortile a responsabilità limitata

n° 4 fondazioni

n° 1 consorzio di diritto privato

n° 4 consorzi pubblici

Contestualmente, l'Azienda, ha disposto che sussistono le motivazioni per il mantenimento senza interventi per le sotto indicate partecipazioni oggetto di possibile razionalizzazione in quanto finalizzate a produzione di servizi di interesse generale ovvero di auto produzione di beni ivi inclusa la realizzazione e la gestione delle reti e degli impianti funzionali ai servizi medesimi:

Clinica di Riabilitazione Toscana S.p.A

Società Consortile Energia Toscana S.ca.r.l.

Consorzio Metis

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 22 del D.Lgs. 14 marzo 2013 n° 33 "Obblighi di pubblicazione dei dati relativi agli enti pubblici vigilati, e agli enti di diritto privato in controllo pubblico, nonché alle partecipazioni in società di diritto privato", l'atto di approvazione della revisione annuale viene pubblicato nell'apposita sezione del sito "Amministrazione Trasparente".

Workflow da Società della Salute (SDS)

Tra le società partecipate, partecipate da parte di enti pubblici, vi rientrano anche le Società della Salute (SdS).

Si tratta di enti consortili costituiti ai sensi del D. lgs 267/2000 (T.U degli Enti Locali) e istituiti ai sensi dell'art. 71 e ss. della Legge della Regione Toscana n. 40/2005 e smi ("Disciplina del Servizio Sanitario Regionale").

I Consorzi, costituiti tra i comuni della medesima zona/distretto e l'Azienda USL di riferimento, nascono per integrare le politiche sociali di competenza comunali con quelle sanitarie di competenza usl. Hanno funzioni di programmazione delle attività territoriali sanitarie, programmazione e gestione delle attività socio-sanitarie e sociali integrate .

Ogni SdS è costituita da appositi organi quali, il Presidente, l'Assemblea, la Giunta Esecutiva eletta dall'Assemblea dei soci, il Collegio Sindacale e il Direttore. Il Presidente e i membri dell'Assemblea e della Giunta Esecutiva, di derivazione comunale, sono amministratori dei Comuni consorziati. Il Direttore della ASL Toscana Sud Est è membro di diritto dell'Assemblea e della Giunta Esecutiva del Consorzio. Inoltre la norma prevede la costituzione di Organismi di Partecipazione quali la Consulta del Terzo Settore e il Comitato di Partecipazione: i primi quale rappresentanza delle organizzazioni di volontariato e del terzo settore che sono presenti in maniera rilevante nel territorio in campo sanitario e sociale e i secondi espressione dei soggetti della società che rappresentano l'utenza che fruisce dei servizi.

Nel territorio di competenza istituzionale della ASL Toscana Sud Est sono presenti n. 4 Società della Salute:

Società della Salute Alta Val D'Elsa

Società della Salute Senese

Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia – Valdichiana Senese

COeSO – Società della Salute dell'Area socio sanitaria Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana

Dal 2022 l'Azienda Toscana Sud Est ha predisposto come misura di monitoraggio annuale la sottoscrizione da parte di ciascuna SDS di un modello di autocertificazione in merito al regolare adempimento degli obblighi di trasparenza e di prevenzione della corruzione.

Il sistema dei controlli e la funzione di Internal Audit

Nel corso del tempo numerosi interventi legislativi hanno delineato il percorso evolutivo delle attività di controllo nelle amministrazioni pubbliche, introducendo così nell'ordinamento diverse tipologie di controlli via via adottati anche da parte degli enti e aziende del servizio sanitario.

Si ricordano in particolare:

il D.Lgs n. 286/1999 "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59" che ha disciplinato le seguenti tipologie di controlli:

Controllo di regolarità amministrativo – contabile, finalizzato a garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'attività amministrativa

Controllo di gestione, finalizzato a monitorare l'andamento generale delle attività dell'Ente rispetto all'efficienza ed efficacia di utilizzo delle risorse

Valutazione e controllo strategico, finalizzato a valutare la congruenza tra gli obiettivi strategici definiti dall'Ente in fase di pianificazione e i risultati effettivamente raggiunti

Valutazione della dirigenza, finalizzato ad esprimere un giudizio sulle attività svolte dai soggetti con responsabilità dirigenziale dell'Ente

il D.Lgs n. 150/2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni" ("Legge Brunetta") che ha introdotto una nuova disciplina dei controlli interni nelle amministrazioni pubbliche, modificando in parte il D.Lgs n. 286/1999 e prevedendo la Valutazione della Performance dell'Ente, sia in termini di raggiungimento degli obiettivi prefissati, sia in termini di economicità ed efficienza della gestione delle risorse a disposizione per le amministrazioni pubbliche, con l'adozione di un solo meccanismo definito "Ciclo di Gestione delle Performance" che include il controllo di gestione, la valutazione dirigenziale (a cui si aggiunge quella del personale) ed il controllo strategico, prevedendo inoltre l'istituzione dei cd. Organismi Indipendenti di Valutazione che hanno sostituito i preesistenti Nuclei di Valutazione;

Gli attori principali dei controlli introdotti con tali normative sono sia organi sia strutture sia organismi sia livelli direttivi:

- il Collegio Sindacale organo dell'Azienda per quanto riguarda il controllo di regolarità amministrativo – contabile
- la struttura complessa "Controllo di gestione, performance aziendale e flussi informativi" per il controllo di gestione
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) e il Direttore Generale per la valutazione e controllo strategico
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) per la Valutazione della performance delle strutture e della Valutazione della dirigenza e per la valutazione individuale di seconda istanza
- I responsabili di struttura organizzativa per la valutazione individuale del personale di prima istanza

L'esistenza di tali controlli tradizionali è oggetto di specifico controllo esterno da parte della Corte dei Conti che svolge specifica attività di monitoraggio sugli enti tramite specifico questionario sui controlli interni che anche le aziende sanitarie sono tenute a compilare periodicamente.

Accanto a questo nucleo originario di controlli cd "interni", nel sistema aziendale coesistono diverse tipologie di controlli svolte da una pluralità di attori e relative ad ambiti settoriali molto eterogenei (sorveglianza sanitaria e sicurezza, qualità e rischio clinico, accreditamento, protezione dei dati, prevenzione della corruzione, privato accreditato, appropriatezza delle prestazioni, etc...).

Rispetto a tale complessità e alle quali l'impegno dell'Azienda è orientato a una visione unitaria di tali attività in un'ottica olistica, integrata e trasparente.

Tale tipo di approccio diventa strategico al fine di evitare sovrapposizioni, duplicazioni di attività, controlli a silos (a compartimenti stagni), ridondanze di controlli o viceversa lacune che potrebbero inficiare il raggiungimento dei fini istituzionali e dei risultati aziendali.

È importante implementare a livello di tutta l'organizzazione aziendale una cultura del "Controllo" da intendersi non solo più nella sua accezione più tradizionale di attività ispettiva e di vigilanza ma nella accezione anglosassone che gli attribuisce un valore di indirizzo, guida e governo di un sistema.

Secondo questa ultima prospettiva il controllo è inteso come sistema volto a far funzionare in modo efficace

ed efficiente le attività aziendali.

In quest'ottica il Sistema dei Controlli Interni può essere definito come l'insieme delle regole, procedure e strutture organizzative, che mirano a conseguire i seguenti obiettivi:

- assicurare la conformità delle operazioni con tutto l'apparato normativo esistente
- conseguire l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dei processi aziendali
- garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa
- assicurare l'affidabilità e l'integrità delle informazioni contabili e gestionali

e si configura come un processo messo in atto da tutti i livelli dell'organizzazione.

In tempi recenti a seguito delle varie disposizioni nazionali sull'armonizzazione dei sistemi contabili e schemi di bilancio degli enti territoriali e del sistema sanitario, nonché in materia di Percorso attuativo di Certificabilità le Regioni compresa la Toscana (D.G.R. n. 1199/2016) hanno previsto l'istituzione da parte delle aziende di una specifica funzione di Internal audit.

Tale attività di controllo non rientra nell'alveo dei controlli interni tradizionalmente inteso, ma ha la sua origine nel mondo delle imprese private e la disciplina in principi e standard di livello internazionale.

Nell'ambito della pubblica amministrazione è stato introdotto a seguito delle esigenze di uniformità nei modelli per il controllo della spesa pubblica emerse a livello europeo.

L'Azienda ha istituito la funzione di Internal audit che trova la sua collocazione a livello di Staff della Direzione Aziendale nella struttura complessa Tutela della riservatezza e Internal audit.

Compito principale dell'Internal audit è fornire un'attività indipendente e obiettiva finalizzata a promuovere azioni di miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del Sistema di Controllo Interno e dell'organizzazione.

Linee di attività e linee di sviluppo

Check sistema normazione interna

Nel corso del 2021 e parte del 2022 è stato implementato il percorso di verifica del sistema di normazione interna che prevede una serie di step di analisi.

Il sistema ha un ruolo fondamentale per diversi ambiti e finalità (anticorruzione, controlli, revisione interna, certificabilità) e costituisce la base fondante per qualsiasi politica o governance aziendale.

Per questo diventa strategico procedere a una valutazione della sua adeguatezza.

Affinché il sistema di normazione interna sia funzionale e risponda alle varie esigenze aziendali deve essere improntato alla dinamicità, alla trasparenza, chiarezza, correttezza e completezza.

Il primo profilo quello della dinamicità richiede certamente che vi sia un aggiornamento continuo sia in relazione alla evoluzione normativa sia in riferimento ai mutamenti organizzativi che possono interessare l'organizzazione aziendale. Questo assume ancor più rilevanza alla luce dell'esperienza relativa alla pandemia che ha comportato una serie di cambiamenti significativi nell'organizzazione delle attività aziendali.

È quindi fondamentale che vi sia un presidio sull'implementazione, manutenzione e aggiornamento di tale sistema. (che diventa un prerequisito essenziale anche per l'aggiornamento continuo del sistema di controllo interno previsto dalla Regione tra i requisiti in materia di Percorso Attuativo di Certificabilità).

Il primo step del percorso di analisi ha riguardato gli atti regolamentari che stabiliscono i principi generali e fondanti di molte attività aziendali e che in conformità alla normativa vigenti introducono nel sistema

innovazioni giuridiche.

In questo percorso è stata prevista anche la collaborazione di alcune macrostrutture aziendali per le quali è stato individuato uno specifico obiettivo di budget.

In base alla sistematizzazione dei risultati complessivi finali sarà valutato il proseguimento del percorso di verifica con un focus su ulteriori tipologie di atti (ad es. procedure, etc.) o un approfondimento sulla parte degli atti di organizzazione aziendale.

Attività di monitoraggio/verifica

Relativamente alle linee di sviluppo si evidenzia in generale l'avvio di un'attività di collaborazione con il RPC che costituisce una positiva innovazione a livello di interrelazione organizzativo-funzionale anche in linea con quanto nell'allegato. 1 al PNA 2019-2021.

Ulteriori linee di attività più specifiche sono collegate a:

- attività di analisi e disegno del Sistema Aziendale di Controllo Interno
- attività su mandato della Direzione
- audit in materia di Data Protection

Controllo successivo di regolarità amministrativa

Con deliberazione DG n. 396 del 9 maggio 2017 è stato approvato il Regolamento per l'esercizio del controllo successivo di regolarità amministrativa" recante la disciplina generale della funzione di controllo. Successivamente, un gruppo di lavoro interno alla UOC Privacy e Internal Audit ha definito la procedura con le modalità e le tecniche per l'effettuazione dell'attività di controllo; la procedura è stata adottata con decreto dirigenziale n. 3209/2017.

L'attività di controllo, implementata a partire dal 2018 è proseguita nel corso del 2019 e del 2020 con scansione temporale quadrimestrale e per ogni quadrimestre viene predisposto per la Direzione Amministrativa un report sugli esiti dei controlli, raggruppati per struttura emittente, con le risultanze sintetiche sulla conformità delle determinazioni aziendali rispetto ai parametri predefiniti di regolarità amministrativa, eventuali criticità riscontrate, interventi correttivi disposti e relativi feed-back e ogni altra informazione utile.

Nel corso del 2021, è stato messo a regime l'incremento campione da selezionare, passando dal 5 al 7% degli atti adottati nel quadrimestre di riferimento (incremento avviato sperimentalmente nel corso del 2020).

Per quanto riguarda le linee di azioni future è in preventivo una revisione della procedura al fine di una rivalutazione delle attività in un'ottica più mirata di Internal audit con focus mirati su particolari categorie di atti anche di diritto privato.

Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)

Nel corso del 2021 si è proceduto alla valutazione e consolidamento dei dati e delle informazioni del monitoraggio generale condotto a fine 2020 con la collaborazione delle macrostrutture coinvolte nel Percorso Attuativo di certificabilità aggiornamento della situazione relativa alle procedure e sottoprocedure PAC.

Nel quadro emerso a seguito del monitoraggio si è evidenziata la necessità di revisione di alcune procedure sia in relazione al mutato contesto organizzativo sia in relazione ad avvenute esternalizzazioni di servizi che per alcuni ambiti di attività comportano la riduzione delle funzioni di gestione e l'accrescersi delle funzioni di controllo in capo all'Azienda.

Le linee di sviluppo delle attività di monitoraggio dell'aggiornamento/revisione e implementazione del

sistema sono strettamente correlate al mandato specifico che sarà definito a cura del Direttore Amministrativo in qualità di Responsabile aziendale P.A.C.

Sistema Aziendale Data Protection

Nel corso del 2021, in relazione al perdurare dell'emergenza sanitaria, la struttura (al cui direttore è affidato anche l'incarico di Responsabile Protezione Dati-RPD dell'Azienda) è stata impegnata:

- in attività di consulenza/supporto al Titolare e ai Preposti in merito al processo data protection by design e by default in particolare rispetto a:
 - governance aziendale delle modalità di consegna dei referti al fine di pianificare/programmare operativamente soluzioni per le criticità in materia oggettivamente connesse all'emergenza sanitaria in corso, sia con interventi di razionalizzazione e potenziamento delle soluzioni già in essere (spedizione postale) sia con implementazione di modalità alternative a quelle tradizionali in conformità al quadro normativo di riferimento (posta elettronica)
 - erogazione di servizi sanitari in modalità di telemedicina (corsi online/teleconsulto)
 - modalità richiesta servizi alternative all'accesso fisico presso le strutture aziendali (form on line)
 - predisposizione modulistica ad hoc in relazione all'emergenza sanitaria in atto
 - procedura aziendale verifica certificazione verde Covid 19 in ambito lavorativo
 - procedura aziendale verifica assolvimento obbligo vaccinale Covid 19

In riferimento alle azioni data protection non direttamente correlate all'emergenza sanitaria, si è proceduto a interventi di aggiornamento e compliance dei processi RGPD in particolare nei seguenti ambiti:

- gestione della conformità in materia di protezione dei dati personali nei casi di affidamento da parte dell'Azienda di attività/servizi a soggetti terzi mediante contratto/convenzione; sono state adottate Linee guida (prot. n. 85205 del 24 febbraio 2021) rispondenti all'esigenza di:
 - individuare con precisione e immediatezza gli ambiti e gli aspetti rilevanti ai sensi del RGPD nelle attività/servizi in affidamento
 - qualificare correttamente il rapporto che si instaura tra Azienda e soggetto contraente in termini di ruolo data protection
 - individuare l'apposita clausola da inserire nel contratto/convenzione nonché il format di accordo protezione dati (Data Protection Agreement- DPA) da utilizzare
- aggiornamento registri delle attività di trattamento ex art 30 RGPD: predisposizione format scheda di rilevazione attività di trattamento, di documentazione e tabelle a supporto della compilazione delle schede, formazione referenti data protection di macrostruttura quali facilitatori della compilazione, consulenza e monitoraggio della compilazione da parte di dei preposti al trattamento (Direttori di UU.OO.CC, UU.OO.SS.DD, UU.FF.) cui è stato assegnato specifico obiettivo di budget
- valutazione di impatto sulla protezione dei dati: format aggiornato a corredo della documentazione predisposta per l'aggiornamento dei registri delle attività di trattamento

Obiettivi 2022

- analisi e consolidamento delle schede compilate dai preposti per la ricognizione delle attività di trattamento ai fini dell'aggiornamento dei registri
- data protection audit
- coordinamento azioni interne ai fini delle determinazioni aziendali circa il trattamento dei dati

mediante sistemi di videosorveglianza/videocontrollo e il correlato quadro delle responsabilità infra/extra aziendali

Ulteriori obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza

Un efficace sistema di intercettazione di eventi corruttivi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche si fonda anche sulla tempestiva e completa trasmissione al RPC di tutti gli elementi, dati ed informazioni che consentono di avere contezza di cosa accade in Azienda e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

Come si ricorderà, con delibera n. 840 del 2 ottobre 2018 ANAC, a fronte di richiesta di parere da più enti, ha chiarito il tipo di poteri che spettano al RPCT e fornito indicazioni operative anche sul rapporto tra RPCT e gli altri attori del Sistema.

Nell'elencare di seguito a titolo esemplificativo le informazioni e documenti oggetto di trasmissione da parte delle strutture aziendali al RPCT, come precedentemente citato, si ricorda che ANAC con Delibera 840/2018 ha ribadito il principio di carattere generale secondo cui il Responsabile è tenuto a fare riferimento agli organi preposti appositamente sia all'interno dell'amministrazione che all'esterno, valorizzando un "modello di poteri" strettamente connessi, ma non sovrapponibili, con quello di altri soggetti che hanno specifici poteri e responsabilità sul buon andamento dell'attività amministrativa nonché sull'accertamento di responsabilità:

- dati, informazioni e documenti per la trasmissione/elaborazione e pubblicazione relativa agli obblighi in materia di trasparenza (come indicato nella Parte III° del presente documento)
- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti dei soggetti a cui il presente Piano si applica (vedi sopra)
- atti di contestazione di illeciti disciplinari e relativi provvedimenti di applicazione della sanzione o di archiviazione e relative motivazioni
- richieste stragiudiziali o azioni giudiziarie di risarcimento, escluse quelle inerenti la responsabilità medica, salvo che ricorra l'elemento soggettivo del dolo
- esiti di verifiche interne dalle quali emergano irregolarità, omissioni o illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali o libero-professionali intramoenia
- richieste di chiarimento della Corte dei Conti
- rilievi del collegio sindacale
- notizie relative a cambiamenti organizzativi.

Monitoraggio della trasparenza e attestazione OIV

Il monitoraggio, intermedio e finale, da parte del RT è attività prodromica e collegata a quella di vigilanza da parte di OIV ed ANAC. L'incisività e la qualità del monitoraggio sono determinate dalla valutazione di più elementi, quali principalmente: l'intervallo temporale tra richiesta di trasmissione ed effettivo invio dei documenti, la qualità dei dati e informazioni da parte delle strutture aziendali, la completezza dei contenuti, il rispetto delle indicazioni in materia di privacy nella redazione delle informazioni, la congruità del formato.

Il fine generale che viene quindi considerato, oltre a quello dell'assolvimento degli obblighi, è l'attuazione del

Programma trasparenza e integrità – parte integrante del PTPCT – ad opera dei dirigenti responsabili, tant'è che al monitoraggio del RT si affianca quello affidato all'OIV mediante la funzione di misurazione della performance; ed è infatti ancora all'OIV che il RT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, oltre ad ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina (UPD).

Le attività di ricognizione e controllo sul processo di attuazione del Programma per la trasparenza e l'integrità sono svolte annualmente dall'OIV, sia attraverso la funzione di misurazione della performance (monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità), sia mediante l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza. Anche nell'anno 2021, a seguito di apposito Comunicato del Presidente ANAC, il termine per le attestazioni degli OIV in materia di obblighi di pubblicazione, in origine fissato al 31 marzo, è stato prorogato al 30 giugno 2021, con pubblicazione della relativa attestazione al successivo 31 luglio.

Gli esiti e l'attestazione dell'OIV con riguardo all'Azienda USL Toscana Sud Est sono consultabili e scaricabili dalla sottosezione di Amministrazione Trasparente “Controlli e rilievi sull'amministrazione”.

5.3 Monitoraggio del lavoro agile

Di seguito, si presentano gli indicatori essenziali rispetto al monitoraggio del Lavoro Agile.

| Indicatore | Comparto | | Dirigenza | | Ruoli Sanitari | | Ruoli non Sanitari | |
|---|----------------|---------------|----------------|---------------|----------------|---------------|--------------------|---------------|
| | Valore attuale | Valore Atteso | Valore attuale | Valore Atteso | Valore attuale | Valore Atteso | Valore attuale | Valore Atteso |
| Salute Organizzativa | | | | | | | | |
| Presenza di un sistema di Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o per processi | 97,00% | 100% | 97,00% | 100% | 97,00% | 100% | 97,00% | 100% |
| Presenza di un sistema di monitoraggio del Lavoro Agile | 90,00% | 100% | 90,00% | 100% | 90,00% | 100% | 90,00% | 100% |
| % lavoratori autorizzati al lavoro da remoto a regime | | 20% | | 20% | | 10% | | 50% |
| Salute Professionale | | | | | | | | |
| % di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi | 60,00% | 80% | 90,00% | 100% | 80,00% | 95% | 50,00% | 90% |
| % lavoratori che utilizzano le tecnologie digitali potenzialmente utili per il Lavoro Agile | 60,00% | 90% | 70,00% | 95% | 50,00% | 90% | 80,00% | 100% |
| Salute Digitale | | | | | | | | |
| N. PC per Lavoro Agile forniti (% rispetto al fabbisogno complessivo) | 10,00% | 30,00% | 30,00% | 50,00% | 20,00% | 40,00% | 25,00% | 70,00% |
| Sistemi di collaborazione (es. documenti in cloud) | 20,00% | 40,00% | 50,00% | 80,00% | 20,00% | 40,00% | 75,00% | 100,00% |
| % Firma digitale tra i lavoratori agili (solo personale dirigenziale) | | | 100% | 100% | | | | |
| Stato di implementazione - Quantità | | | | | | | | |
| % Giornate Lavoro Agile / giornate lavorative totali | 0,70% | 1,00% | 0,30% | 0,50% | 0,10% | 0,50% | 2,00% | 5,00% |
| Stato di implementazione - Qualità | | | | | | | | |
| % dipendenti in Lavoro Agile soddisfatti | 90,00% | 100,00% | 90,00% | 100,00% | 90,00% | 100,00% | 90,00% | 100,00% |

L'allegato n° 9 costituisce i principali riferimenti normativi

i.