

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE (PIAO) 2023-2025



INDICE

PREMESSA

SEZIONE I - SCHEDA ANAGRAFICA

SEZIONE II - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE 1. VALORE PUBBLICO

SOTTOSEZIONE 2. PERFORMANCE

SOTTOSEZIONE 3. ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE 4. TRASPARENZA

SEZIONE III - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

SOTTOSEZIONE 1 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

SOTTOSEZIONE 2 - LAVORO AGILE

SOTTOSEZIONE 3 - PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

SOTTOSEZIONE 4 - AZIONI POSITIVE E GENDER EQUALITY PLAN

SEZIONE IV MONITORAGGIO

ALLEGATI:

Allegati alla SEZIONE II

Allegato 1 - **Obiettivi del Piano della Performance per il triennio 2023-2025**

Allegato 2 - **Scheda trasparenza**

Allegato 3 - **Area acquisizione e progressione del personale**

Allegato 4 - **Contratti pubblici lavori**

Allegato 5 - **Contratti pubblici forniture e servizi**

Allegato 6 - **Area farmaceutica ospedaliera**

Allegato 7 - **Area gestione entrate, delle spese e del patrimonio**

Allegato 8 - **Area sperimentazione cliniche**

Allegato 9 - **Area gestione decessi intraospedalieri**

Allegato 10 - **Patto di integrità**

Allegato 11 - **Schede di valutazione rischio**

Allegati alla SEZIONE III

Allegato 12 - **Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2022-2024**

Allegato 13 - **Schede del Piano delle Azioni Positive**

Allegato 14 - **Schede del Gender Equality Plan**

PREMESSA

Il **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)** costituisce un documento unico di programmazione che favorisce un disegno organico e integrato della strategia dell'Ente, con l'obiettivo di una semplificazione dell'attività amministrativa e di una maggiore qualità e trasparenza dei servizi pubblici.

Il Piano è adottato secondo lo schema di cui al D.M. Funzione Pubblica del 24/06/2022 ed ha durata triennale con aggiornamento annuale; esso è predisposto esclusivamente in formato digitale e pubblicato sul sito del Dipartimento della Funzione Pubblica e sul sito istituzionale della Monasterio.

Il Piano, in particolare, è strutturato in **quattro sezioni**:

- I. Scheda anagrafica dell'Amministrazione;
- II. Valore pubblico, performance e anticorruzione;
- III. Organizzazione e capitale umano;
- IV. Monitoraggio.

Il PIAO, sinteticamente, definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della *performance*;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile;
- gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa e raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità all'Ente, fisica e digitale, da parte dei cittadini;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere;
- le modalità di monitoraggio degli esiti con cadenza periodica.

SEZIONE I

SCHEDA ANAGRAFICA

| | |
|------------------------------|---|
| ENTE | FONDAZIONE TOSCANA "GABRIELE MONASTERIO" PER LA RICERCA MEDICA E DI SANITÀ PUBBLICA |
| CODICE AZIENDA | 090.907 |
| SEDE LEGALE | VIA TRIESTE, 41, 56100 - PISA |
| SEDE OPERATIVA DI PISA | OSPEDALE SAN CATALDO-CNR, VIA MORUZZI 1, 56100 - PISA |
| SEDE OPERATIVA DI MASSA | OSPEDALE DEL CUORE, VIA AURELIA SUD, 54100 - MASSA |
| SITO WEB | http://www.monasterio.it |
| TELEFONO (centralino) | 050 3153711 |
| INDIRIZZO PEC: | protocollo.ftgm@pec.it |
| CODICE FISCALE / PARTITA IVA | 93062260505/01851550507 |

L'ENTE

CHI SIAMO

Costituita dal Consiglio Nazionale delle Ricerche e dalla Regione Toscana il 15 Maggio 2007, la Fondazione Toscana "Gabriele Monasterio" per la Ricerca Medica e di Sanità Pubblica (di seguito Monasterio) trae origine dall'esperienza ultratrentennale dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR nell'ambito della Sanità toscana e costituisce, in forza della L.R.T. n. 85/2009, Ente Pubblico del Servizio Sanitario Regionale Toscano.

Detta Legge qualifica la Monasterio quale "presidio specialistico" svolgente attività sanitarie specialistiche e "attività di ricerca, sperimentazione e formazione in collaborazione con le università e le aziende ospedaliero-universitarie per il miglioramento e lo sviluppo dell'assistenza nel servizio sanitario regionale".

Si tratta, dunque, di una struttura di alta specialità che concentra le proprie attività cliniche e di ricerca nel settore delle malattie cardiovascolari e delle discipline affini.

Sono **organi dell'Ente**:

- il Direttore Generale, cui sono riservati tutti i poteri di gestione, nonché la legale rappresentanza dell'Ente;
- il Consiglio di Amministrazione, con funzioni di indirizzo, programmazione e controllo in particolare per le attività di ricerca;
- il Collegio dei Revisori dei Conti, che vigila sulla gestione finanziaria, esamina i bilanci ed accerta la regolare tenuta delle scritture contabili.

L'organizzazione dell'Ente è fondata su criteri di multidisciplinarietà e multiprofessionalità e mira allo sviluppo delle competenze professionali tecniche e scientifiche, in una logica tesa alla ricerca continua del miglioramento dei risultati assistenziali e scientifici.

E ciò con l'obiettivo prioritario di assicurare l'ottimale erogazione delle prestazioni sanitarie,

ponendo concretamente **il paziente al centro del percorso di diagnosi e cura**, e di sviluppare, al contempo, attività di ricerca e sperimentazione negli ambiti di interesse dell'Ente: così la ricerca clinica e delle applicazioni tecnologiche in Sanità prende spunto dall'evidenza clinica e dai quesiti che l'attività sanitaria pone e, al tempo stesso, fornisce alla clinica elementi di riflessione e progresso.

La gestione dell'Ente è basata su principi di programmazione e controllo che danno attuazione agli obiettivi definiti con la pianificazione aziendale ed è realizzata tramite un sistema di *budgeting*, con l'assegnazione di risorse ed obiettivi e la valutazione della *performance* delle strutture aziendali.

L'organizzazione e le attività dell'Ente, sono improntate a criteri di efficienza, efficacia, economicità e trasparenza, garantendo il coinvolgimento dei professionisti nel processo gestionale.

La Regione Toscana, con la Delibera della Giunta n. 1262 del 29 novembre 2021, ha assunto la decisione di avviare l'istanza di riconoscimento della Monasterio quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ai sensi del D.lgs. n. 288/2003, ritenendo tale riconoscimento strategico per il Servizio Sanitario Regionale.

Il riconoscimento quale Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) potrà rappresentare uno sviluppo istituzionale di grande rilevanza per la Monasterio in marcata continuità con la storia dell'Ente: proprio per tale ragione questo traguardo consentirà di valorizzare il tradizionale approccio dell'Ente, fortemente orientato all'innovazione e alla ricerca di cure ed a trattamenti sempre più personalizzati e centrati sui bisogni dei pazienti, delle loro famiglie e dei *care-givers*.

Il nuovo *status*, inoltre, conferirà all'Ente la veste giuridica adeguata al pieno sviluppo delle potenzialità scientifiche, e determinerà il consolidamento dell'integrazione istituzionale con il mondo della Ricerca consentendo, in particolare, la piena partecipazione alle attività dell'Ente da parte del Consiglio Nazionale delle Ricerche, della Scuola Superiore Sant'Anna e dell'Università di Pisa nonché la realizzazione di piattaforme congiunte e integrate di ricerca e ricerca traslazionale per la condivisione personale, tecnologie e competenze.

COSA FACCIAMO

La Monasterio svolge istituzionalmente attività specialistiche di diagnosi e cura e attività di ricerca in ambito sanitario e delle tecnologie applicate alla Sanità, anche in collaborazione con il Consiglio Nazionale delle Ricerche (ed in particolare l'Istituto di Fisiologia Clinica), Università, Scuole Superiori, Enti di Ricerca e con l'Industria.

In particolare, missione della Monasterio è la cura e il trattamento delle malattie cardiopolmonari, per l'intero ciclo di vita, dal neonato al grande anziano, sfruttando le tecnologie più innovative di diagnostica specialistica avanzata e interventistiche e sempre coniugando clinica, ricerca, innovazione e formazione.

La **Mission** della Monasterio è, quindi: **prendersi cura del cuore dei pazienti - per l'intero ciclo di vita - coniugando clinica, ricerca, innovazione e formazione.**

Mission:

*Ci prendiamo cura del **cuore** dei nostri pazienti,
per l'intero ciclo di vita.*



Le attività sanitarie.

L'Ente, così, costituisce presidio ospedaliero di alta specialità per la cura delle patologie cardiopolmonari ed eroga, in particolare, prestazioni di:

- cardiologia neonatale, pediatrica e per adulti;
- emodinamica diagnostica ed interventistica neonatale, pediatrica e per adulti;
- elettrofisiologia;
- cardiocirurgia neonatale, pediatrica e per adulti;
- anestesia e terapia intensiva neonatale, pediatrica e per adulti;
- pneumologia;
- endocrinologia e malattie del metabolismo;
- trattamento dislipidemie ed ldl-afèresi;
- imaging avanzato;
- medicina di laboratorio.

L'Ente eroga prestazioni sanitarie in regime di ricovero ordinario e di day-hospital, oltre che in regime ambulatoriale e di day-service. In particolare:

- presso l'Ospedale San Cataldo-CNR sono erogate prestazioni specialistiche di cardiologia interventistica e non interventistica, medicina cardiovascolare, elettrofisiologia e pneumologia, oltre che di diagnosi e cura di specifiche malattie del metabolismo;
- presso l'Ospedale del Cuore di Massa sono erogate prestazioni specialistiche di cardiocirurgia e di cardiologia interventistica e non interventistica rivolte a neonati, pazienti pediatrici ed adulti;
- particolarmente rilevante, in entrambe le strutture, la presenza di imaging multi-modale avanzato (TAC, PET, RM, SPECT, ecc.).

La Monasterio, oggi, costituisce:

- centro di riferimento regionale per le attività di cardiocirurgia pediatrica;
- centro di riferimento regionale per le attività di cardiologia pediatrica interventistica;
- centro di riferimento regionale per le attività di lipoafèresi;
- centro di riferimento regionale per l'ECMO cardiorespiratorio in età neonatale e pediatrica;
- centro di riferimento regionale integrato per il percorso nascita per le gravi cardiopatie congenite.

Stanti le caratteristiche di centro di alta specialità, ed a motivo della tradizionale vocazione alla collaborazione con altre Istituzioni, sono di particolare rilievo le collaborazioni che la Monasterio ha in essere con i vari Enti del SSN.

Un cenno particolare meritano le attività di cooperazione sanitaria svolte dalla Monasterio, a favore di Paesi svantaggiati: tali attività, principalmente relative all'ambito pediatrico, prevedono missioni all'estero per lo svolgimento di attività di diagnostica cardiologica e di interventistica

cardiochirurgica ed attività di formazione di personale medico e non medico di tali Paesi, finalizzate ad accrescerne le competenze e, in prospettiva, ad incrementare la capacità di diagnosi e gestione autonoma delle patologie cardiache.

In relazione alle indicazioni regionali ed alla peculiare configurazione e missione dell'Ente, gli obiettivi posti fanno riferimento in particolare a:

- appropriatezza nelle prestazioni ambulatoriali e di ricovero;
- qualificazione dell'Ente nell'ambito delle attività di alta specializzazione;
- sviluppo di processi operativi e produttivi più sicuri efficaci ed efficienti.

Particolare attenzione è posta agli esiti clinici che rappresentano un sicuro punto di forza della struttura, come evidenziato dalle valutazioni effettuate da Enti terzi.

I risultati raggiunti sono assolutamente in linea con gli obiettivi posti: la Monasterio ha mantenuto e consolidato negli anni esiti di efficienza organizzativa, complessità del case-mix trattato ed eccellenza clinica.

A partire dalla fine del 2021, inoltre, l'Ente ha affrontato una nuova sfida per gli obiettivi di eccellenza che si è posto, dando avvio al processo per conseguire l'accreditamento secondo gli standard *Joint Commission International*.

La tabella di seguito riportata fornisce un quadro di sintesi sulla dimensione e le caratteristiche delle attività sanitarie del 2022 nel loro complesso, con un confronto con nel biennio precedente.

| Indicatore | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Numero Ricoveri Ordinari | 4.913 | 4.377 | 4735 | 4656 |
| Numero Ricoveri Diurni | 437 | 371 | 454 | 554 |
| Totale Attività di Ricoveri | 5.350 | 4.748 | 5189 | 5210 |
| Valore Attività di Ricovero | 50.894.200 € | 46.181.324 € | 50.520.772 € | 50.506.349 € |
| Peso Medio DRG | 3,19 | 3,24 | 3,3 | 3,3 |
| Peso Medio DRG Medici | 0,68 | 0,7 | 0,7 | 0,7 |
| Peso Medio DRG Chirurgici | 4,25 | 4,27 | 4,4 | 4,3 |
| Valore Medio DRG | 10.284,69 € | 10.472,83 € | 10.588,00 € | 10.790,57 € |
| Valore Medio DRG Medici | 2.741,19 € | 2.878,20 € | 2.835,61 € | 2.822,60 € |
| Valore Medio DRG Chirurgici | 13.455,63 € | 13.546,27 € | 13.770,24 € | 13.994,64 € |
| % Incidenza DRG Alta Specialità (> 2 .5 punti) | 55,20% | 54,40% | 57,89% | 58,55% |
| Degenza media ricoveri ordinari | 6,8 | 7,6 | 6,9 | 6,8 |
| Incidenza ricoveri extra-regione | 16,77% | 14,90% | 15,14% | 16,41% |
| N° prestazioni ambulatoriali (non strumentali) | 45549 | 42.516 | 50.752 | 55.183 |
| N° esami strumentali ambulatoriali | 64464 | 56.743 | 83.310 | 87.826 |
| N° prestazioni diagnostica per immagini | 29425 | 22.812 | 26.842 | 27.987 |
| N° esami di laboratorio | 227.117 | 177.430 | 250.721 | 206.983 |
| Tot. Attività ambulatoriale | 366.555 | 299.501 | 411.625 | 377.979 |
| Valore Attività Ambulatoriale | 14.499.837 € | 12.403.092 € | 15.931.644 € | 15.598.020€ |

* Per il calcolo dei pesi DRG si utilizzano i valori della Regione Toscana

Le attività di ricerca

Le attività di ricerca dell'Ente sono caratterizzate da un approccio multidisciplinare, grazie alle componenti di medicina molecolare, bioingegneria, informatica ed alla collaborazione con Istituti del CNR, con la Scuola Superiore "Sant'Anna", la Scuola Normale Superiore, le Università toscane, l'IMT e gli Enti del SSR, ma anche con l'Industria biomedicale e farmaceutica (General Electric, Abbot, Bayer, Siemens, Pfizer, ecc.).

Ogni articolazione organizzativa dell'Ente persegue al contempo obiettivi di natura assistenziale e obiettivi di ricerca su fisiopatologia, diagnostica e trattamento delle patologie oggetto di valutazione clinica o diagnostica, malattie cardiovascolari e polmonari in primo luogo, ma anche

(in relazione alla dotazione in diagnostica avanzata di immagine) neoplastiche e neurologiche. Gli esiti di cura di eccellenza della Monasterio testimoniano come l'impegno nell'avanzamento della conoscenza scientifica, l'innovazione tecnologica e la formazione continua, consentano di generare la migliore risposta di cura per i pazienti.

Molto rilevante la produzione scientifica: nel 2021, le pubblicazioni indicizzate prodotte dai ricercatori dell'Ente sono state 398 con un impact factor medio di 6.01.

Di seguito si riporta il trend delle pubblicazioni che conferma un andamento crescente che va consolidandosi al di sopra delle 300 annue.



Da evidenziare, inoltre, che, al 31 dicembre 2022, erano in corso presso la Monasterio 134 sperimentazioni, di cui 96 no-profit e 38 profit.

L'innovazione

La Monasterio ha consolidato negli anni una forte componente bioingegneristica articolando i propri ambiti di interesse in più settori, fortemente integrati con la clinica, come di seguito sintetizzato:

- analisi statistica, modellistica e software in ambito RM cardiologico e neurologico;
- modellistica e software per la gestione e lo sviluppo dell'iperpolarizzatore e delle sequenze di MR 7T;
- un gruppo omogeneo di ricerca, denominato BioCardioLab (BCL), orientato a supportare il training e la pianificazione degli interventi di emodinamica e cardiocirurgia, in ambito pediatrico e per adulti, utilizzando le simulazioni numeriche e sviluppando simulatori fisici del circolo cardiovascolare. Essendo determinante, per le simulazioni numeriche, la ricostruzione 3D degli organi, l'attività del Laboratorio si è allargata nel tempo dalla biomeccanica alle procedure di *image processing*, con l'obiettivo finale di sviluppare strumenti di realtà aumentata e virtuale.

Di particolare rilievo, l'attività svolta dal gruppo ICT della Monasterio.

La Monasterio, infatti, si è dotata di un proprio sistema informatico che ne permea integralmente le attività cliniche, rendendo la struttura realmente *paperless*: un sistema che, in questi anni, è oggetto di trasferimento tecnologico presso l'Azienda USL Toscana Nord Ovest e l'Azienda Ospedaliera "Meyer".

Da segnalare che, nel corso del 2021, l'Ente ha conseguito la certificazione come Dispositivo Medico ai sensi della Direttiva 93/42/CE e della Direttiva 2007/47/CE del proprio software di cartella clinica elettronica.

La formazione

Proprio per la consapevolezza del fatto che le risorse umane rappresentano il più importante patrimonio aziendale, in Monasterio la formazione rappresenta uno strumento strategico per lo sviluppo ed al miglioramento delle capacità professionali individuali, ma anche uno strumento primario con cui si accompagnano i processi di miglioramento, l'innovazione tecnologica e dei percorsi e la crescita professionale, che si caratterizza soprattutto per la capacità di soddisfare i bisogni di salute della popolazione di riferimento.

In una realtà aziendale come la Monasterio, dove il connubio tra innovazione tecnologica, ricerca e clinica costituiscono il fulcro attorno al quale si sviluppa e si consolida la *mission* istituzionale, diventa infatti sempre più strategico trasferire, tramite percorsi formativi opportunamente individuati, il "*Know-how* scientifico" presente nell'Ente agli operatori, in modo da rafforzare le rispettive competenze, migliorare le performance individuali e collettive, e facilitare i rispettivi ruoli, anche in termini di sicurezza, appropriatezza ed efficacia.

Ma negli anni la Monasterio ha formato e forma tutt'oggi medici e sanitari italiani e provenienti da altri Paesi accrescendone le competenze e la conoscenza delle più avanzate tecniche e dei processi più aggiornati di cura.

La Monasterio, da sempre, costituisce infatti struttura della rete formativa delle Università toscane e di alcune Università di altre regioni per la formazione specialistica di medici e, più in generale, di personale sanitario.

L'Ente, inoltre, accoglie medici e personale sanitario di vari Paesi nell'ambito di progetti formativi o di progetti di cooperazione sanitaria internazionale; da diversi anni, infine, la Monasterio svolge in collaborazione con la Scuola "Sant'Anna" di Pisa, Master universitari di II livello nelle attività "core": scompenso cardiaco, cardiologia interventistica, cardiologia interventistica-strutturale, cardiocirurgia adulti mini-invasiva.

SEZIONE II

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE

SOTTOSEZIONE 1. VALORE PUBBLICO

Le Linee Guida 2017-2020 del Dipartimento Funzione Pubblica definiscono “valore pubblico” il livello complessivo di “benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri *stakeholders* creato da un’Amministrazione Pubblica rispetto ad un dato livello di partenza”.

In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea attraverso la programmazione di obiettivi operativi specifici e di obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, la realizzazione di una comunicazione esterna ed interna efficaci e funzionali.

La creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa, reclutando profili adeguati e formando competenze utili alle strategie pianificate: si veda, in merito, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) e il Piano Aziendale della Formazione (PAF).

La Monasterio, come detto, svolge le proprie funzioni assicurando l’universalità dell’accesso alle prestazioni di diagnosi e cura, nel rispetto dei principi di salvaguardia della dignità della persona, del diritto alla tutela della salute, dell’appropriatezza, efficacia e sicurezza delle cure e del diritto alla riservatezza.

L’Ente, per perseguire la propria *mission*, mantenendo i più elevati standard di qualità ed efficienza, promuove e sostiene iniziative dirette a pianificare e favorire l’innovazione e la ricerca in campo clinico, gestionale e delle tecnologie e, in quest’ottica, promuove il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica, assistenziale e gestionale.

Come anzidetto, la missione strategica della Monasterio è dare risposta ai bisogni di salute assicurando cura efficaci e accessibili con tempestività e senza barriere di cultura, lingua e condizioni socio-economiche, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza, utilizzando con efficienza le risorse disponibili.

In tal senso rappresentano principi guida per la gestione aziendale:

- la propria natura di Istituzione pubblica che porta avanti i valori di un Sistema Sanitario Pubblico secondo i principi di Universalità, Uguaglianza ed Equità;
- la centralità della persona e il rispetto della dignità e della libertà della persona;
- l’ascolto e il coinvolgimento dei pazienti e dei loro *caregivers*, oltre che delle Associazioni di volontariato e di tutela del malato;
- la qualità clinico-assistenziale secondo il principio dell’appropriatezza;
- la valutazione di qualità e di esiti;
- la multidisciplinarietà: la medicina, nelle sue diverse discipline, si unisce alle altre scienze per la cura del paziente;
- la promozione della ricerca scientifica nella pratica clinica;
- il continuo adeguamento delle strutture e delle prestazioni rese rispetto ai bisogni

dell'utenza;

- il coinvolgimento e la qualificazione delle risorse umane, tramite programmi permanenti di formazione e aggiornamento mirati anche connessi alle innovazioni tecnologiche e ai progressi della scienza;
- la sostenibilità economica del sistema in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse.

In questo senso si sono identificati i seguenti **obiettivi strategici**.

a) Ulteriore facilitazione dei rapporti con gli utenti, gli stakeholders e gli Enti del Terzo settore.

L'Ente, in questo ambito, intende proseguire nel percorso di revisione delle modalità di accesso, al fine di facilitare i rapporti con gli utenti, gli *stakeholders*, le Associazioni di Volontariato e gli Enti del Terzo settore. In particolare, si intende procedere a:

- aggiornamento e semplificazione delle procedure di accesso, anche mediante il ricorso alla tecnologia;
- aggiornamento dei sistemi di accesso alla documentazione sanitaria da parte del paziente e di rilascio telematico di referti clinici ed altra documentazione sanitaria;
- educazione dell'utenza all'utilizzo dei sistemi disponibili per un accesso semplificato alla documentazione ed ai processi;
- aggiornamento degli strumenti informatizzati di comunicazione aziendale.

b) Conseguimento della certificazione di eccellenza nella qualità e sicurezza delle cure secondo gli standard *Joint Commission International (JCI)*.

L'accreditamento JCI rappresenta per la Monasterio uno strumento strategico di fondamentale importanza per perseguire una sempre migliore qualità dei propri servizi.

Il percorso avviato prevede una valutazione esterna sul rispetto di standard di eccellenza definiti per migliorare la sicurezza del paziente e la qualità dell'assistenza sanitaria erogata.

Tutto il processo che porta all'accreditamento ed al mantenimento della certificazione JCI sono incentrati sul paziente e sulla sicurezza delle cure, con un approccio pragmatico quanto capillare: di fatto un complesso sistema di indicatori quali-quantitativi andrà ad integrare il sistema degli indicatori già in essere.

c) Revisione complessiva del modello di controllo interno e realizzazione di un *datawarehouse* aziendale

Nel corso del 2022 la Monasterio ha avviato importante progetto strategico di revisione del complessivo modello di controllo aziendale che prevede, tra gli altri, una mappatura del sistema complessivo di indicatori ed un sistema di *datawarehousing* in grado di raccogliere, normalizzare e integrare in un unico ambiente tutti i dati presenti all'interno dell'Ente, siano essi amministrativi, sanitari, o di ricerca, realizzando strumenti di reporting per i vari livelli gestionali e direzionali dell'Ente.

Il Piano di progetto prevede il completamento delle attività entro i primi mesi del 2023. Gli indicatori e la reportistica di controllo che saranno messi a punto andranno a sistematizzare anche quanto già oggetto di monitoraggio nell'ambito dei Piani di cui alle successive Sezioni del presente documento e quanto oggetto di sviluppo nell'ambito del percorso di Accredimento JCI.

Tra gli obiettivi del progetto vi sarà anche la messa a punto di uno specifico strumento per la produzione, gestione e diffusione della reportistica di controllo e monitoraggio.

d) Innovazione tecnologica e di processo

La *mission* dell'Ente impone che uno degli obiettivi strategici sia il perseguimento

dell'innovazione come elemento portante del Valore.

L'innovazione tecnologica è strumentale al miglioramento dei processi clinici e costituisce al contempo un fondamentale supporto per l'evoluzione organizzativa dell'Ente, la qualificazione ed il benessere dei dipendenti e, segnatamente, il miglioramento della relazione con i pazienti ed i loro familiari.

Coerentemente con le disponibilità del proprio Piano Triennale degli Investimenti, l'Ente si pone l'obiettivo di realizzare specifiche iniziative finalizzate al miglioramento dei processi di comunicazione da e verso i pazienti, nonché dei processi di comunicazione con gli attori della medicina territoriale (in particolare MMG e PLS) e con le strutture ospedaliere regionali per favorire un miglioramento nel processo di cura anche all'esterno della struttura.

Coerentemente con la propria vocazione di struttura di avanguardia, la Monasterio ha previsto nel proprio Piano Triennale degli Investimenti interventi volti al potenziamento del parco tecnologico con l'acquisizione di apparecchiature di assoluta avanguardia per la diagnostica avanzata e l'interventistica, che potranno consentire di consolidare ulteriormente il proprio posizionamento di eccellenza nella cura e nell'innovazione in ambito sanitario.

e) Sostenibilità

Interventi su immobili - Verso Strutture funzionali e sicure

Il Piano Triennale degli Investimenti 2022-2024 - ultimo approvato - prevede una serie di interventi volti a rendere le due strutture ospedaliere della Monasterio più funzionali anche rispetto alle trasformazioni che i processi di cura hanno avuto in questi anni ed agli sviluppi che l'innovazione tecnologica va realizzando.

In tal senso il nuovo blocco operatorio e delle sale di emodinamica dell'Ospedale del Cuore è stato progettato tenendo conto delle nuove tecnologie diagnostiche ed interventistiche, inclusa l'interventistica ibrida cardiologica e cardiocirurgica, mentre presso l'Ospedale San Cataldo-CNR di Pisa è stata recentemente installata una TAC dalla tecnologia rivoluzionaria, mentre sono ormai in corso di ultimazione i lavori per la realizzazione di una nuova radiofarmacia, contigua all'Officina Farmaceutica del CNR. Importanti interventi sono, poi, previsti per la messa in sicurezza antincendio e per l'adeguamento alla normativa anti-sismica dell'Ospedale del Cuore.

Risparmio energetico e riduzione impatto energetico delle attività svolte

L'Ente ha pianificato, ed in parte realizzato, una serie di interventi volti al contenimento dei consumi energetici e dell'impatto ambientale delle attività svolte.

In particolare sono già stati installati presso l'Ospedale del Cuore pannelli solari per la produzione di acqua calda e a brevissimo sarà messo in funzione un campo fotovoltaico (due azioni che si traducono in una riduzione di circa 50 tonnellate di emissioni di CO₂) ed è di prossima definizione un intervento ampio nell'ambito di un rapporto di partenariato pubblico privato che prevederà una serie di interventi presso l'Ospedale del Cuore, tra i quali:

- la sostituzione di tutti gli infissi e di tutti i corpi illuminanti, con altri più performanti e meno energivori;
 - l'ammodernamento della centrale termica, con l'installazione di nuove caldaie a condensazione e con un innovativo impianto di trigenerazione, per la produzione contemporanea di energia elettrica e energia termica;
 - la realizzazione di un sistema di gestione efficiente e razionale dei nostri impianti
- Parallelamente è in corso di avvio una campagna capillare tra il personale e l'utenza una sensibilizzazione rispetto ai consumi energetici ed anche alla corretta differenziazione dei rifiuti.

f) Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Nell'ambito della Missione 6 - Salute del PNRR, la Monasterio, quale ente del Servizio Sanitario Regionale, è stata individuata dalla Regione Toscana quale Soggetto Attuatore esterno, delegato per le seguenti Linee di intervento:

- M6C2 1.1 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" - Grandi Apparecchiature;
- M6C2 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (PNC).

I progetti afferenti a tali Linee di intervento riguardano, in particolare, l'acquisto di n. 4 attrezzature sanitarie di fascia alta e l'adeguamento sismico dei blocchi E, L2-3, A e D dell'Ospedale del Cuore di Massa.

Al fine di gestire efficacemente i programmi d'investimento e di garantire il rispetto delle prescritte tempistiche, la Direzione dell'Ente insedia un apposito tavolo di lavoro cui partecipano le UUOO coinvolte, con il compito di monitorare e coordinare le attività.

SOTTOSEZIONE 2. PERFORMANCE

La *performance* è intesa come "il contributo che ciascun soggetto (definito come sistema, unità organizzativa, team, singolo individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata creata".

Per gli Enti del Servizio Sanitario, quindi, la performance è il contributo che tali soggetti apportano, attraverso la trasformazione delle risorse date in risultati - tenuto conto dei risultati fissati -, alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività di riferimento.

Il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi in termini di risultato e dei rispettivi indicatori;
- collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- misurazione e valutazione della *performance*, organizzativa e individuale;
- utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- rendicontazione dei risultati agli stakeholders.

Quattro sono gli elementi di fondamentale importanza per l'attuazione del ciclo di gestione della performance:

- il piano della performance;
- il sistema di misurazione e valutazione a livello organizzativo;
- il sistema di misurazione e valutazione a livello individuale;
- la relazione della performance.

Il **Piano della performance**, quindi, costituisce il documento programmatico che, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli obiettivi strategici e operativi, gli indicatori, i risultati attesi dell'Ente.

Con tale documento vengono inoltre definiti gli elementi fondamentali su cui verrà impostata la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

Il piano esplicita, dunque, su un orizzonte temporale triennale, le linee strategiche della Monasterio, su orizzonti temporali di breve termine, la loro declinazione in obiettivi operativi, oggetto di scorrimento annuale, mediante aggiornamento del piano stesso.

Negli anni la Monasterio ha concentrato le proprie azioni per:

- la responsabilizzazione degli operatori attraverso l'attribuzione degli obiettivi strategici e operativi chiari e definiti;

- la garanzia di un corretto utilizzo dei sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito
- l'adeguamento del Sistema di Reporting che monitora costantemente la programmazione fatta e che ha il proprio punto di forza nella completa informatizzazione clinica e gestionale dell'Ente.

Il Piano è, come di consueto, adottato in coerenza con il Piano Socio Sanitario Regionale.

Per il triennio in esame, in mancanza dell'atto regionale di conferimento degli obiettivi, il Piano fa riferimento agli obiettivi fissati per l'esercizio 2022 con la Delibera G.R.T. n. 327 del 21/03/2022).

Proprio in quanto atto di programmazione di medio periodo - si precisa - il Piano è modificabile con cadenza annuale in relazione agli obiettivi definiti dalle autorità regolatorie, alle modifiche di contesto e ad eventuali variazioni nell'organizzazione e funzionamento dell'Ente.

La programmazione aziendale per il triennio in esame è necessariamente condizionata in misura rilevante dal quadro normativo e finanziario che registra una evidente scarsità delle risorse complessivamente destinate al settore sanitario.

Nonostante la scarsità delle risorse finanziarie, in ogni caso, il Servizio Sanitario Toscano è riuscito a mantenere livelli di servizio eccellenti, come dimostrano le analisi del Ministero della Salute in merito agli indicatori di performance nei vari ambiti assistenziali.

Il contesto attuale vede, oltre ad una ristrettezza dei finanziamenti erogati dal SSN, una contrazione dei finanziamenti da privati, e segnatamente dall'Industria: analoghe valutazioni sono da farsi anche per quanto attiene alla possibilità di attingere a finanziamenti nell'ambito di bandi regionali, nazionali ed internazionali nei quali la competizione è sempre più sostenuta.

Il quadro economico generale e normativo, nonché la ristrettezza delle risorse disponibili comportano, quindi, la costante ricerca del miglioramento dell'efficienza gestionale e dell'ottimizzazione dei risultati, in termini di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza dei servizi, a fronte di risorse sempre più limitate.

Negli anni, pertanto, la Monasterio ha progettato e attuato vari interventi volti alla razionalizzazione delle spese garantendo il mantenimento degli obiettivi economici regionali posti. Pur in presenza di un contesto complesso e mutevole, la Monasterio è riuscita a mantenere le proprie peculiarità di struttura di punta nell'innovazione nella clinica e nella ricerca ed ha consolidato il proprio ruolo di centro specialistico: dal ruolo di riferimento regionale per la cardiocirurgia cardiologia interventistica pediatrica, a quello di hub della rete per l'infarto acuto della provincia di Massa Carrara, della Versilia, nonché nell'area pisana, a quello di promotore di attività di trasferimento tecnologico in ambito sanitario (v. cartella clinica informatizzata), a quello - ancora - di leader nelle attività di formazione nelle tecniche cardiocirurgiche e di cardiologia interventistica più avanzate.

Il Piano in esame potrà subire variazioni ed adeguamenti in relazione alla fissazione degli obiettivi da parte della Regione Toscana, come anche in relazione a potenziali effetti legati alla temuta recrudescenza dell'epidemia da COVID-19: una variabile, questa, che potrà incidere anche in misura rilevante sull'organizzazione delle attività dell'Ente e perfino comportare temporanee revisioni dell'organizzazione sanitaria nel suo insieme.

E da ultimo, non può non citarsi l'effetto che la conclusione del percorso per il riconoscimento della Monasterio quale IRCCS - avviato dalla Regione Toscana con Delibera di G.R. n. 1262/2021 - avrà anche sulla programmazione dell'Ente stante anche la fase di complessiva riorganizzazione dell'assetto istituzionale ed organizzativo che detto riconoscimento determinerà.

La programmazione operativa

La programmazione aziendale ha come cardine il sistema di budget che si caratterizza per i seguenti elementi:

- il processo di budget
- la scheda di budget
- la valutazione dei risultati.

Ogni anno, in base agli obiettivi assegnati dalla Regione, si avvia il processo di budget, tenuto conto dell'andamento dell'Ente, degli indici di performance dell'anno in corso e dei precedenti, nonché delle indicazioni contenute nel Piano Sanitario Regionale e negli atti regionali di indirizzo.

L'Ente - come accennato - dispone di un sistema di completa informatizzazione clinica e gestionale che assicura un supporto di fondamentale importanza al sistema di governo rendendo disponibili in tempo reale le informazioni relative agli indicatori di efficienza, efficacia ed appropriatezza clinica nonché consentendo un costante monitoraggio dei principali indicatori economici relativi alle attività sanitarie erogate.

Il processo di budgeting nel tempo è stato affinato in modo da rendere il più possibile accessibili dati ed informazioni ai Responsabili di struttura e ciò ha fatto sì che i momenti di periodico monitoraggio costituiscano momenti di confronto e valutazione degli scostamenti sulla base di dati ed informazioni già noti.

Il processo di budget si articola nelle seguenti fasi:

- a) elaborazione della proposta di budget
- b) negoziazione del budget
- c) monitoraggio infrannuale del budget
- d) verifica finale del budget: valutazione della performance organizzativa.

a) elaborazione della proposta di budget

La Direzione Aziendale, tenuto conto dei vincoli economici e normativi posti a livello nazionale e regionale, definisce le linee strategiche di programmazione e gli obiettivi strategici aziendali: su questa base sono definiti gli obiettivi operativi per ciascuna struttura, nonché i relativi indicatori, valori attesi e pesi, e vengono redatte le schede di budget sottoposte alla negoziazione con ciascun Direttore di Unità Operativa.

b) negoziazione del budget

Negli incontri di negoziazione, la Direzione si confronta con i Direttori di U.O. in merito agli obiettivi da raggiungere e ai relativi indicatori, valori attesi e pesi: il processo di negoziazione termina con la sottoscrizione della scheda di budget da parte del Direttore Generale e di ciascun Direttore di U.O.; quest'ultimo è, poi, tenuto a portare a conoscenza del personale della struttura gli obiettivi assegnati.

c) monitoraggio infra-annuale del budget

Periodicamente, durante l'anno, viene svolta un'attività di monitoraggio tesa a verificare, per ciascuna struttura, l'andamento rispetto agli obiettivi da raggiungere: ciò al fine di un confronto tra quanto negoziato e quanto realizzato con l'evidenziazione degli scostamenti, e la conseguente ricerca delle cause e l'individuazione di eventuali azioni correttive: nell'ambito di questo monitoraggio, la Direzione Aziendale può autorizzare modifiche agli obiettivi od indicatori, qualora siano intervenute rilevanti novità che incidono sulla definizione stessa dell'obiettivo.

d) verifica finale del budget: valutazione della performance organizzativa

Il processo di budget si conclude con la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi che consiste nel calcolo di tutti i valori raggiunti relativamente ai vari obiettivi inseriti nelle schede di budget delle varie UU.OO.: la sommatoria dei punteggi finali dei singoli obiettivi determina il grado di raggiungimento finale degli obiettivi (da 0% a 100%) da parte della struttura e rappresenta la performance della struttura stessa.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), poi, si occupa della valutazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi complessivi alla luce delle risultanze delle verifiche aziendali; ed è su queste basi che il Direttore Generale adotta gli atti di propria competenza e dispone la corresponsione al personale delle relative spettanze.

Il sistema di valutazione adottato dall'Ente prevede:

- 1) la misurazione e valutazione della struttura organizzativa;
- 2) la misurazione e valutazione della prestazione individuale nelle sue due dimensioni:
 - obiettivi individuali
 - comportamenti e competenze individuali

In merito alla valutazione della performance individuale, l'Ente ha adottato da anni un sistema in linea con le normative nazionali e degli indirizzi forniti in materia da parte della Regione

Toscana finalizzato alla promozione e alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. Tale sistema tende a:

- supportare i singoli dipendenti nel miglioramento continuo della propria professionalità;
- evidenziare l'importanza del contributo individuale rispetto agli obiettivi della struttura organizzativa di appartenenza e dell'Ente nel suo insieme;
- promuovere una corretta gestione delle risorse umane, grazie al riconoscimento del merito.

Il sistema, in particolare, è ispirato ai principi di:

- trasparenza dei criteri utilizzati e dei risultati della valutazione
- informazione adeguata e partecipazione del valutato al procedimento
- elevato grado di oggettività della misurazione delle performance, soprattutto sulle componenti strettamente legate al trattamento accessorio individuale
- diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del soggetto che effettua la valutazione di prima istanza
- garanzia di una valutazione di seconda istanza, su richiesta del valutato.

In **Allegato 1** gli obiettivi del Piano della Performance per il triennio 2023-2025.

SOTTOSEZIONE 3. RISCHI CORRUTTIVI

1. Obiettivi e strategia per la prevenzione della corruzione

I principali obiettivi che si pone la presente sottosezione ai fini della prevenzione della corruzione sono:

1. la valutazione e il monitoraggio del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di *maladministration*;
2. il mantenimento delle misure organizzative volte a prevenire il rischio di corruzione e di *maladministration* individuato;
3. creare un contesto sfavorevole alla corruzione mediante la continua sensibilizzazione dei dipendenti, attraverso iniziative formative volte ad approfondire le conoscenze, nell'ottica di una condivisione dei principi di eticità ed integrità;
4. la verifica dello stato di attuazione delle misure di prevenzione adottate, implementando ed integrando i sistemi di controllo interno.

Questi obiettivi trovano la principale realizzazione con l'analisi dei processi aziendali e la correlata indicazione delle misure di prevenzione specifiche, al fine di garantire il valore dell'imparzialità.

Può dirsi che la mappatura dei processi aziendali, intesi come una sequenza di attività interrelate e interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto/utente interno o esterno all'Ente (così l'A.N.AC), abbia raggiunto un buon livello di dettaglio.

Per ogni area di rischio individuata, è consolidato un censimento delle principali attività svolte, con la relativa analisi dei possibili rischi di *maladministration*.

La strategia della Monasterio prevede quali pilastri l'investimento formativo e la comunicazione trasparente nei confronti dei propri dipendenti; ciò in quanto la prevenzione della corruzione richiede il supporto consapevole e convinto da parte di tutti coloro che operano per conto del soggetto pubblico e che sono i fautori dell'integrità dell'amministrazione.

Pertanto, rimane fondamentale costruire e consolidare sensibilità e partecipazione al tema dell'illegalità; in particolare a partire dalla misura del conflitto di interessi, che rappresenta l'espressione operativa del principio costituzionale dell'imparzialità e buon andamento della Pubblica Amministrazione, di cui all'art. 97 della Costituzione della Repubblica.

2. Il contesto esterno e interno

2.1. Contesto esterno

I numeri "puri" delle condanne rilevate per corruzione, disegnano il territorio toscano come un contesto quasi esente dai fenomeni corruttivi. Difatti, secondo il rapporto dell'A.N.AC, "La corruzione in Italia 2016-2019", su 152 episodi di corruzione rilevati, solo 6 si sono verificati in Toscana, costituendo il 3,9 per cento del totale.

E' tuttavia necessaria un'analisi mirata e approfondita sui numeri puri registrati per tratteggiare il profilo "corruzione" del territorio toscano.

Nell'ottica di un approfondimento dei dati giudiziari e di una misurazione più reale della corruzione, dal 2016 la Regione Toscana e la Scuola Normale Superiore hanno avviato un programma di ricerca sui fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata nella regione.

Tale ricerca, sfociata nel "*VI Rapporto sui fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata in Toscana*" approvato con atto decisionale della Giunta della Regione Toscana il 19 dicembre 2022, ha esaminato l'evoluzione dei fenomeni corruttivi e di criminalità organizzata in Toscana per l'anno 2021, alla luce della crisi sanitaria, fornendo un monitoraggio aggiornato rispetto al funzionamento delle principali politiche pubbliche adottate per prevenirne e contrastarne gli effetti.

Il Rapporto toscano conferma che "criminalità organizzata" e "fenomeni corruttivi" sono due realtà diverse. Sono sovrapponibili, ma non vanno identificate, né usate come sinonimi. La criminalità organizzata, infatti, cerca il consenso sui propri intenti usando il metodo della corruzione e la riserva finale di violenza. La corruzione è una delle modalità operative tipica delle "mafie". Ed è in ragione di questa correlazione che lo studio sui fenomeni di criminalità organizzata in Toscana ci dà un quadro dei metodi utilizzati per l'espandersi e una possibile misura dei fenomeni corruttivi.

Gli episodi del 2021 evidenziano sempre di più i caratteri di una specifica "variante" toscana rispetto ai fenomeni di riproduzione criminale delle mafie nazionali e transnazionali nella regione. In Toscana queste organizzazioni mostrano una forte vocazione imprenditoriale, che trova realizzazione nel tessuto economico locale attraverso investimenti di capitali illeciti sia per fini di mero riciclaggio, sia con l'obiettivo di fare impresa, operando attivamente nel mercato regionale e anche fuori i confini regionali.

Va evidenziato come il Rapporto 2021 metta in luce la circostanza per la quale, nonostante la specifica "variante" criminale che caratterizza la Toscana, nel corso del 2021 siano emersi nuovi elementi che segnalano un elevato rischio rispetto a forme di radicamento organizzativo tradizionale delle mafie nazionali nel contesto regionale, sebbene, al momento, siano state più sporadiche le tracce di una presenza organizzativa stabile.

Rispetto al mercato dei contratti pubblici e delle concessioni/autorizzazioni, negli ultimi due anni (2020/2021) il numero di interdittive emesse nella regione (63 provv.) è superiore a quello registrato complessivamente nei sei anni precedenti (50 provv.), facendo della Toscana la 4° regione del Centro-Nord per numero di provvedimenti prefettizi dal 2014 al 2021, con un incremento nell'ultimo triennio superiore alle regioni più attive su questo fronte di prevenzione antimafia (+106%).

Negli ultimi due anni di riferimento (2021/2022), le imprese destinatarie di provvedimento operavano nei seguenti settori: edilizia; escavazione, movimento terra e costruzione opere di urbanizzazione; lavorazione e commercio di inerti; autotrasporto; settore conciario; commercio di veicoli; gestione di sale da gioco VLT, scommesse e lotterie; commercio e somministrazione di alimenti e bevande; acquisto, vendita e locazione di beni immobili; servizio di parrucchiere.

Per quel che attiene ai fenomeni corruttivi, il Rapporto 2021 conferma che si registra in Toscana, uno spostamento del baricentro invisibile dell'autorità di organizzazione, gestione e governo degli scambi occulti secondo un modello di "corruzione organizzata", in cui dagli attori partitici e politici – secondo il "vecchio" modello svelato da "mani pulite" – il centro di regolazione si orienta verso dirigenti e funzionari pubblici, e verso una gamma di attori privati: imprenditori, mediatori, faccendieri, professionisti, gruppi criminali.

Inoltre, l'analisi condotta sui fenomeni corruttivi in Toscana per l'anno 2021 rivela diversi fattori di criticità legati alle fasi dell'emergenza sanitaria da Covid-19, e alle ricadute negative a livello socio-economico della stessa.

La Regione Toscana, nonostante il ritardo nel percepire il proprio territorio come preda di interessi criminali, ha consolidato, nel tempo, le iniziative di sensibilizzazione al tema dell'illegalità e lo sviluppo di una rete di contrasto alla cultura dell'illegalità, con corsi di formazione, progetti ed organismi dedicati alla materia, di cui alcune già citate nei piani precedenti.

Un percorso che è stato avviato con L.R.T. n. 11 del 1999 e ben documentato dai Report contenuti nei

vari documenti delle attività promosse dalla Regione Toscana per lo sviluppo della cultura della legalità democratica, in attuazione della citata norma e dei conseguenti atti della Giunta regionale toscana; dai quali si può evincere che sono numerose le azioni intraprese dalla Regione per l'educazione alla legalità e lo sviluppo della coscienza civile democratica, alla lotta contro la criminalità organizzata e diffusa e contro i diversi poteri occulti.

Gli interventi assunti dalla Regione Toscana spaziano da attività consultive e di coordinamento con il Tavolo "Legalità e sicurezza in Toscana" alle attività di analisi, ricerca, formazione e promozione delle attività di educazione alla legalità rivolte ai giovani e alla scuola.

Con riferimento specifico all'ambito della sanità, è stato avviato il Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione del Servizio sanitario toscano, composto dai Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle tre Aziende Sanitarie, delle quattro Aziende Ospedaliere, di ESTAR, della Monasterio e di ISPRO. Tale gruppo di lavoro è stato istituito con la DGRT n. 1069 del 2.11.2016.

Alla luce di quanto esposto, può dirsi che la Regione Toscana tenti di costruire gli anticorpi culturali per riparare e sanare le vulnerabilità evidenziate nel Rapporto citato.

Il contesto culturale e territoriale in cui gravita la Monasterio, in particolare l'ambito pisano, si è rivelato impegnato nell'approfondimento e nello studio dei temi dell'anticorruzione e dell'illegalità che sono divenuti, da qualche anno, oggetto di studio e ricerca da parte delle istituzioni dedite al grado più alto della formazione.

Presso l'Università di Pisa è, infatti, stato istituito il Master in materia " *Analisi, prevenzione e contrasto della criminalità organizzata e della corruzione*" che, nell'a.a. 2022/2023 è giunto alla XIII edizione. Il Master si articola seguendo una logica interdisciplinare che intende unire, in una prospettiva comune, i diversi contributi delle scienze sociali: dall'analisi penale e criminologica, all'economia, all'indagine sociologica, storica e politologica. La presenza del Master permette di mantenere viva e solida l'attenzione in materia attraverso l'organizzazione di incontri, seminari e dibattiti.

2.2. Contesto interno

Per l'analisi del contesto interno si rimanda alla parte generale.

3. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

3.1. Il Direttore Generale

Nomina il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e dell'attuazione della trasparenza.

3.2. Responsabile per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Predisporre le sottosezioni rischi corruttivi e trasparenza che propone al Direttore Generale, verifica l'efficace attuazione delle misure previste e la loro effettiva idoneità a prevenire il rischio corruttivo e propone le eventuali modifiche in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Ente.

Al RPCT spetta, inoltre, l'elaborazione della relazione annuale sull'attività svolta e l'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione.

L'altro versante in cui si esplica l'opera del RPCT è la trasparenza, che comporta l'adeguata e tempestiva pubblicazione dei dati nella prescritta sezione del sito dell'Ente e la garanzia di accesso (nelle forme dell'accesso civico semplice e generalizzato) alle informazioni e ai dati in possesso della Monasterio.

In particolare, verifica periodicamente la correttezza e completezza e l'aggiornamento dei dati pubblicati nella sezione amministrazione trasparente;

- assicura la regolare attuazione dell'accesso civico e accesso civico generalizzato;
- segnala i casi di inadempimento degli obblighi in materia di pubblicazione all'UPD, al Direttore Generale e all'OIV.

Con la delibera del Direttore Generale n. 120 del 28 febbraio 2019, l'incarico di RPCT è stato affidato

al Responsabile dell'U.O.C. Affari Generali e Legali.

3.3. Dirigenti di Unità operativa

Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, L. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di gestione del rischio individuando per la propria area di competenza, il diverso livello di esposizione al rischio di *maladministration* e corruzione;
- propongono le misure di prevenzione (art. 16 D.lgs. n. 165 del 2001);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis D.lgs. n. 165 del 2001).

3.4. Dipendenti

I dipendenti, ma anche tutti coloro che, direttamente o indirettamente, stabilmente o temporaneamente, instaurano rapporti o relazioni con la Monasterio ed operano per perseguire gli obiettivi di essa, sono tenuti a rispettare le prescrizioni, indicate come misure, contenute nella presente Sezione e a prestare la loro collaborazione al RPCT.

3.5. Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Il quadro delle competenze ad essi dapprima attribuite dall'art. 14 del D.lgs. 150/2009, n. 150, è stato successivamente modificato ed integrato dal D.l. 90/2014 e dal D.P.R. del 9 maggio 2016, n. 105 «Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche» e, più recentemente, dal Decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74.

Le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione dal D.lgs. 33/2013, sono state rafforzate dalle modifiche che il D.lgs. 97/2016 ha apportato alla L. 190/2012. La nuova disciplina, improntata su una logica di coordinamento e maggiore comunicazione tra OIV e RPCT e di relazione dello stesso OIV con A.N.AC, prevede un più ampio coinvolgimento degli OIV chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

L'OIV è chiamato a verificare, in particolare:

- la coerenza tra obiettivi di contrasto al rischio corruttivo e di trasparenza inseriti nella sezione anticorruzione e in quella dedicata alla Performance del PIAO, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- i contenuti della relazione annuale del RPCT e la coerenza degli stessi in rapporto agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza, come definiti nel PIAO e agli altri obiettivi individuati nelle altre sezioni;
- che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- le segnalazioni ricevute su eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure.

3.6. Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)

Con Deliberazione direttoriale n. 64 del 25.01.2018 "*Nomina del responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante ai sensi dell'art. 33 ter, comma 1, del D.L. 179/2012*", la Monasterio ha provveduto a nominare quale Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) il Responsabile dell'U.O.C. Acquisti che si è attivato per l'abilitazione del profilo utente di RASA e ha inserito nel sistema telematico i dati identificativi della Monasterio. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione.

3.7. Gestore delle segnalazioni di ipotesi sospette di antiriciclaggio e finanziamento del terrorismo

La Monasterio, con delibera direttoriale n. 471 dell'11 ottobre 2018 e successiva delibera n. 484 del 23 settembre 2022, ha individuato il Responsabile dell'U.O.C. Bilancio e Controllo di Gestione, quale

gestore delle segnalazioni di ipotesi sospette di antiriciclaggio e finanziamento del terrorismo, di cui al Decreto del Ministero dell'Interno n. 233 del 25 settembre 2015. Con il sopraccitato provvedimento del Direttore Generale del 2018 è stata approvata anche la procedura interna di valutazione per la segnalazione delle operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento al terrorismo all'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia (UIF).

3.8. L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD)

La Monasterio, con la Delibera n. 273/2020, ha istituito l'Ufficio per i procedimenti disciplinari in composizione collegiale per il Comparto e per la Dirigenza, da ultimo modificata con la Delibera n. 294/2022.

Con la delibera n. 275/2020 ha provveduto, altresì, alla revisione, integrazione ed aggiornamento dei Regolamenti disciplinari al fine renderli conformi alle nuove disposizioni legislative contenute nei pertinenti CCNL e al D.lgs. 165/2001.

L'UPD costituisce articolazione di riferimento organizzativo-istituzionale dell'Ente, per quanto riguarda l'esercizio della potestà disciplinare, ai sensi della normativa di legge e di contratto.

L'UPD collabora con il RPCT, perseguendo la violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione previste dal Piano che costituiscono illecito disciplinare; propone, altresì, la revisione e l'aggiornamento del Codice di comportamento.

3.9. Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione e Trasparenza

Istituito e coordinato dalla Regione Toscana con con la DGRT n. 1069 del 2.11.2016, il Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione del Servizio sanitario toscano, è composto dai Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle tre Aziende Sanitarie, delle quattro Aziende Ospedaliere, di ESTAR, della Monasterio e di ISPRO.

La finalità di tale gruppo di lavoro è quella della gestione integrata delle attività di prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità, sede di confronto e di condivisione su tematiche di comune interesse. Nel corso del 2021 la Regione ha provveduto a dare nuovo impulso a tale gruppo di lavoro, attraverso la nomina di nuovi componenti e la sua convocazione sistematica con cadenza mensile.

Nell'ambito degli incontri, sono state oggetto di analisi e confronto diverse tematiche riferite allo specifico ambito della sanità, per citarne alcune: inconfirabilità e incompatibilità di incarichi in base alle delibere ANAC n. 1146/2019 e n. 713/2020, rotazione ordinaria del personale degli enti del SSN, in base al PNA 2019 e alle indicazioni operative ANAC del 17/11/2021.

Nel corso del 2022, in particolare, il Coordinamento ha approvato due documenti contenenti le specifiche Linee Guida sulla rotazione del personale e sulla gestione del conflitto di interessi che, oltre a riprendere le disposizioni contenute nella normativa, tengono conto delle numerose linee guida interpretative adottate dall' ANAC.

4. Misure Trasversali per la prevenzione della corruzione

Di seguito sono indicate le misure trasversali per la prevenzione della corruzione della Monasterio.

4.1. Codice di comportamento

Il Codice etico e di comportamento, adottato con la delibera n. 52 del 2015, verrà adeguato a seguito dell'aggiornamento del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici previsto nel corso del 2023, introducendo, in particolare, una sezione dedicata all'utilizzo dei social network per tutelare l'immagine della Pa e lo svolgimento di un ciclo di formazione sui temi dell'etica pubblica e del comportamento etico per i neoassunti, la cui durata e intensità sono proporzionate al grado di responsabilità.

4.2. Gestione del conflitto di interessi e *pantouflage*

La centralità del conflitto di interessi, nella strategia della prevenzione, è dovuta alla circostanza che è strumentale alla concretizzazione del principio generale di buon andamento ed imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 della Costituzione.

Le disposizioni sul conflitto di interessi attribuiscono rilievo a qualsiasi posizione che, potenzialmente, possa minare il corretto agire amministrativo e compromettere, anche in astratto,

l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale.

La tutela dell'imparzialità viene "blindata" con una serie di interventi quali l'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi, l'autorizzazione in caso di svolgimento di incarichi extra istituzionali, il divieto di pantouflage, le ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, i Codici di comportamento e l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti, ai sensi dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165 del 2001.

Come anticipato, la tematica del conflitto d'interessi è stata oggetto di specifica trattazione da parte del Coordinamento regionale degli RPCT, in esito alla quale è stato approvato un documento, corredato dalla conferente modulistica, contenente indicazioni per agli enti del SSR ai fini dell'adozione di un regolamento aziendale per la gestione del conflitto di interesse.

Strettamente contigue al tema del conflitto di interesse sono le misure volte a regolamentare il cd. "*Pantouflage*" o "*revolving doors*", termine con cui si intende il passaggio di alti funzionari della pubblica amministrazione a operatori economici privati al termine del rapporto di servizio con l'ente pubblico.

La L. 190/2012 ha voluto regolamentare questo fenomeno, intervenendo direttamente sul T.U. del pubblico impiego, aggiungendo il comma 16 ter all'art. 53 del D.Lgs. 165/2001. Si tratta di una norma volta a ridurre il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente pubblico dopo la cessazione del rapporto di lavoro. Si intende, dunque, evitare che, durante il periodo di servizio, il dipendente stesso possa preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose sfruttando la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere, terminato il servizio, un lavoro presso il soggetto privato con il quale entra in contatto.

La Monasterio adotta misure dirette ad evitare il rischio di *pantouflage*, quali l'acquisizione di specifica dichiarazione di insussistenza di tali situazioni e l'apposizione di clausole nei contratti di assunzione del personale, o di affidamento degli incarichi rientranti nell'ambito del D.Lgs. 39/2013, che impongano il divieto di prestare attività lavorativa, per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente nell'esercizio di poteri autoritativi e negoziali. Tale misura è presidiata dalla riserva di richiedere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti, o soggetti equiparati, ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 39/2013, per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.Lgs. n. 165/2001; tali misure vengono applicate anche nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata o affidamento diretto, che prevedano la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti, o soggetti equiparati che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Ente nei loro confronti, per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Per quanto riguarda i controlli relativi alle dichiarazioni rese previsti dal PNA 2023-25, in corso di approvazione, si procederà ad introdurre misure di adeguamento non appena ANAC avrà provveduto all'emanazione delle relative indicazioni attuative.

4.3. Whistleblower

La misura del whistleblower è stata introdotta con L. 190/2012, che ha disposto l'introduzione dell'art. 54 bis "*Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*" nel D.Lgs. 165/2001.

La Monasterio ha svolto attività di formazione e sensibilizzazione dei dipendenti sui diritti e sugli obblighi relativi alla divulgazione delle segnalazioni di azioni illecite e di episodi di maladministration. Nel corso del 2022, inoltre, è stata adottata una specifica procedura aziendale con lo scopo di definire le modalità operative per la presentazione, la ricezione e la gestione delle segnalazioni di illecito in modalità telematica.

4.4. Formazione del Personale

Si prevede di proseguire l'opera di sensibilizzazione di tutto il personale, mediante la formazione di base in modalità e-learning, in collaborazione con l'Agenzia formativa regionale "Formas".

Per il prossimo triennio si prevede di svolgere attività formativa residenziale dedicata a focus tematici rivolta ai dirigenti con incarico di struttura e referenti delle aree di rischio mappate e alle

figure previste dal Codice dei contratti pubblici (RUP, RES e DEC).

4.5. Rotazione del personale

Permangono forti criticità nell'attuare la rotazione ordinaria, dato che il suo contesto strutturale ed organico, con particolare riferimento alla struttura tecnico-amministrativa, è assai più ristretto rispetto alla comune realtà delle aziende sanitarie, e non permette di ottemperare all'obbligo di rotazione del personale, senza gravose ripercussioni sull'attività ordinaria della stessa.

Pertanto, nelle more dell'attuazione di una rotazione ordinaria, si supplisce con l'applicazione delle altre misure.

Merita evidenziare che, nell'ambito del Coordinamento Regionale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione sopracitato, è stato approvato un documento contenente suggerimenti per l'attuazione del principio della rotazione ordinaria.

Per quanto concerne, la misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, del D.Lgs.n. 165 del 2001, non si sono verificati i presupposti cui la misura è subordinata, ossia l'avvio di procedimenti disciplinari o penali per condotte di natura corruttiva.

5. Calcolo del livello del rischio - La nuova metodologia per l'analisi del rischio

Centrale, nel processo di gestione del rischio, è l'analisi della realtà organizzativa della Monasterio, prospettando per i singoli processi il possibile rischio di *maladministration*.

Il sistema di valutazione del rischio adottato dalla Monasterio si articola come segue.

All'individuazione delle aree di rischio, segue la mappatura dei processi, ossia l'analisi incentrata su alcune variabili di tutte le attività interrelate che creano valore, trasformando delle risorse (input del processo), in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).

Ciascun processo è stato ricondotto ad un macro-processo (un'aggregazione di processi omogenei che è possibile ricondurre ad unità), per una migliore leggibilità delle tabelle.

La fase successiva è quella che prevede l'analisi e la valutazione del livello del rischio.

A partire dal PNA del 2019 ANAC ha introdotto un sistema di misurazione qualitativo, sulla scorta del modello adottato dal "UN Global Compact", che si basa sul principio di prudenza.

Nel compiere la valutazione del rischio sulla base del nuovo metodo, la Monasterio ha individuato 6 indicatori (*key risk indicators*) ritenuti adeguati e di seguito indicati:

- discrezionalità
- concentrazione di potere
- livello di interesse esterno
- precedenti negativi
- segnalazioni e/o reclami
- impatto economico.

La valutazione finale del livello di esposizione al rischio del processo è il risultato della somma del valore dei suddetti parametri e porta ad un giudizio sintetico secondo la seguente scala di valutazione:

0-15: RISCHIO BASSO

15-50: RISCHIO MEDIO

50-75: RISCHIO ALTO

La suddetta valutazione è stata effettuata utilizzando la "Scheda di valutazione di valutazione del rischio" allegata al presente PIAO. Le schede redatte dai Responsabili sono depositate in atti.

Alle fasi di analisi e valutazione del livello del rischio segue il trattamento del rischio, ossia l'individuazione delle misure concrete, sostenibili e verificabili che debbono essere predisposte per ridurre e prevenire il rischio, sulla base delle priorità emerse in sede di calcolo del livello del rischio.

Le misure di prevenzione sono indicate per macroprocesso, in quanto il rispetto delle medesime non può ritenersi confinato ad un processo, inteso come segmento dell'intera attività, ma deve essere

esteso al compimento di tutte le operazioni di quella attività complessivamente intesa.
Di seguito, l'elencazione delle aree di rischio e i corrispettivi obiettivi nel prossimo triennio:

| N. | Area rischio | Attività da svolgere nel 2023 - 2025 |
|----|--|---|
| 1. | Area Contratti pubblici - comodati e convenzioni | Mappatura dei processi, definizione misure di prevenzione, Gestione del conflitto di interesse, verifica andamento attività, Comunicazione A.N.AC. ai sensi dell'art. 1, comma 32 l. 190/2012 |
| 2. | Area Acquisizione e progressione del personale | Mappatura dei processi, definizione misure di prevenzione, Raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dei dipendenti e altri soggetti coinvolti nelle procedure selettive. |
| 3. | Area Farmaceutica Ospedaliera | Mappatura dei processi, definizione misure di prevenzione, Raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dei professionisti coinvolti nel relativo processo di approvvigionamento da svolgersi nel corso del 2023. |
| 4. | Area Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio | Mappatura dei processi e definizione misure di prevenzione |
| 5. | Gestione delle sperimentazioni cliniche | Mappatura dei processi, definizione misure di prevenzione, raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dei professionisti coinvolti, controlli ripartizione proventi ai sensi della PA 31. |
| 6. | Gestione delle attività connesse ai decessi intraospedalieri | Mappatura dei processi e definizione misure di prevenzione |

Applicazione

Per ciascuna delle aree di rischio sopra individuate, si provvede a riassumere in una tabella riepilogativa la mappatura dei singoli macro processi e micro processi che si svolgono all'interno dell'area di rischio di volta in volta considerata. Per ogni macroprocesso verranno evidenziati i rischi specifici di *maladministration* e per ogni processo verrà individuato il relativo livello di rischio.

Il livello di rischio, come già anticipato, viene classificato in tre gradi: basso, medio, alto. Alla tabella riepilogativa dei gradi di rischio, seguirà un prospetto strutturato in modo analogo, ossia ad ogni processo e macro processo catalogato verranno indicate le relative misure di prevenzione. La mappatura dei processi delle aree sopra individuate viene rappresentata in tabelle separate allegate

5.1. Analisi Area Contratti pubblici

La gestione degli approvvigionamenti presso la Monasterio è suddivisa tra l'U.O.C. "Acquisti", per l'acquisizione di beni e servizi, e l'U.O.C. "Manutenzione immobili e nuove opere" per i lavori, dislocate rispettivamente l'una a Pisa nella sede legale e l'altra presso lo stabilimento ospedaliero di Massa.

La Monasterio per i suoi approvvigionamenti si avvale, come da prescrizioni legislative, principalmente di centrali di acquisto, quali ESTAR e CONSIP e, in via residuale, autonomamente, mediante l'utilizzo di piattaforme informatiche come START (Sistema Telematico Acquisti regionali Toscani), messo a disposizione dalla Regione Toscana o come il Me.PA, strumento del Ministero dell'economia e delle finanze, gestito da CONSIP.

Segue che la quasi totalità degli acquisti sono tracciabili informaticamente e, quindi, con un elevato livello di trasparenza e caratterizzati da un basso grado di discrezionalità.

5.1.1. Comodati d'uso e donazioni

La Monasterio, in merito ai comodati d'uso di attrezzature o altre forme di approvvigionamento equivalenti garantisce e si impegna ad assicurare adeguati livelli di trasparenza sui dati che possano rendere tracciabile questa tipologia di rapporti.

Attraverso una ricerca libera presso la sezione dei "Provvedimenti dell'organo di indirizzo politico", presente nella vetrina dell'Amministrazione Trasparente, è possibile accedere alle delibere di autorizzazione all'acquisizione di attrezzature in comodato d'uso, ove sono riportati il

richiedente/utilizzatore, la tipologia della tecnologia e la durata del rapporto. Inoltre, per ciascun comodato vengono tracciati i costi a carico dell'Ente scrivente, connessi all'utilizzo nel lungo periodo del bene concesso in comodato.

La Monasterio assicura, altresì, adeguati livelli di trasparenza anche sulle donazioni di denaro e beni mobili e immobili, mediante una istruttoria della proposta di donazione, per accertare la sussistenza dei presupposti per l'accettazione di cui al Codice civile e il rispetto delle prescrizioni della L. R.T. n. 40/2005 per gli enti del servizio sanitario regionale.

5.1.2. Contratti per consulenza e training in ambito formativo

L'attività di training e proctoring consiste nella formazione, svolta dai professionisti dell'Ente, nei confronti di altri professionisti esterni che intendano migliorare le proprie competenze e conoscenze cliniche nel campo della cardiologia e cardiocirurgia, affidandosi alla notevole esperienza specialistica dei medici della Monasterio.

La stipula del contratto, per la Monasterio, è condizione essenziale per legittimare e regolamentare lo svolgimento di tali attività di formazione, da parte del proprio personale sanitario dipendente.

Il contratto per tali tipologie di attività viene stipulato direttamente con la Monasterio e, quindi, il corrispettivo per le attività svolte viene versato all'Ente e non al singolo sanitario coinvolto. È una misura che riduce notevolmente il rischio di creare situazioni di privilegi o di pressioni indebite sui professionisti da parte di soggetti esterni. La trasparenza di questa tipologia di accordi è garantita dalla pubblicazione nella sezione "Provvedimenti" delle delibere di autorizzazione.

La Monasterio ha adottato, per questo genere di operazioni, un modello di contratto che viene integrato da un *addendum* relativo ai doveri e agli impegni a carico dei soggetti esterni, in materia di riservatezza.

5.2. Analisi Area acquisizione e progressione del personale

L'Area di acquisizione e progressione del personale è una delle aree di rischio generali ed obbligatorie, in ragione delle possibili pressioni indebite esterne ed interne che possono verificarsi.

Essa comprende tutte le attività relative, che vanno dal reclutamento del personale dipendente e dei collaboratori, alla valutazione e valorizzazione del personale - inclusa l'assegnazione degli incarichi gestionali o professionali - al monitoraggio delle prestazioni extra impiego, alle procedure per l'attivazione e gestione dei contratti libero-professionali e delle borse di studio.

Pertanto, anche nel presente piano si rende necessario procedere all'analisi ed alla valutazione del rischio della suddetta area e dei relativi processi che si svolgono al suo interno.

5.3. Analisi Area Farmaceutica Ospedaliera

Con riguardo al ciclo degli acquisti dei farmaci, la Monasterio si rifornisce, quasi esclusivamente, di prodotti farmaceutici, aggiudicati tramite gare della centrale di committenza regionale. La gestione informatizzata del magazzino consente di monitorare e controllare la movimentazione delle scorte. In particolare, la Monasterio ha sviluppato una propria procedura sulla gestione del farmaco (PA 13), che disciplina tutte le fasi dall'acquisto al ritiro dei prodotti sino alla consegna ai reparti, in modo da rendere possibile la completa tracciabilità dei processi sino all'assegnazione ai destinatari. La fase del ritiro e consegna dei prodotti farmaceutici viene gestita dall'U.O.C. Farmaceutica Ospedaliera, in concorso con l'U.O.C. Gestione Operativa e Servizi Generali Stabilimento di Massa e l'U.O.C. Acquisti.

5.4. Analisi Area Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

In questo ambito, costituisce un'efficace misura di prevenzione la tracciabilità di tutte le operazioni compiute: ogni transazione viene registrata nel sistema di contabilità aziendale secondo i criteri indicati dalla legge e dai principi contabili applicabili, e viene, inoltre, debitamente verificata ed autorizzata. Gli incassi e i pagamenti avvengono mediante ordinativi informatizzati (mandati di pagamento e reversali d'incasso) per il tramite dell'Istituto Cassiere che è tenuto alla resa del conto giudiziale verso la Corte dei Conti. Difatti, la Monasterio è tenuta, in ossequio agli artt. 138 e ss del D.Lgs. 174/2016 "Codice di Giustizia Contabile", alla resa del conto giudiziale per mezzo degli agenti contabili, a tale scopo individuati ai sensi del Regolamento degli Agenti contabili e della Resa del

Conto Giudiziale - D.G.R.T. n. 918 del 15 luglio 2019, adottato con la delibera del Direttore Generale n. 607 del 17 dicembre 2019 e revisionato con delibera n. 577 del 17 dicembre 2021.

La resa del conto, quale strumento di controllo sulle risorse pubbliche affidate ai consegnatari, ha un'efficacia preventiva rispetto al verificarsi di possibili fenomeni corruttivi.

Di ogni operazione, viene conservata agli atti un'adeguata e completa documentazione di supporto dell'attività svolta, in modo da consentire una ricostruzione formale e cronologica dell'operazione stessa.

Per quanto concerne la gestione dei flussi attivi e passivi si conferma quanto ribadito nei piani precedenti e la marginalità del rischio riscontrata.

Con riguardo alla Cassa Economale, cui afferiscono i procedimenti di anticipo e rimborso di contanti per le spese, individuate e consentite dal Regolamento Aziendale, si evidenzia che una buona misura di prevenzione è data dal controllo incrociato effettuato, una volta al mese, sui dati del registro degli esborsi, la documentazione contabile conservata a supporto di ogni flusso di uscita, la consistenza del fondo di cassa e le risultanze della ragioneria. Anche in questo caso i responsabili delle casse economali sono agenti contabili tenuti alle resa del conto giudiziale.

Il calcolo del livello rischio e la mappatura dei processi relativi all'accettazione amministrativa, del sistema di budgeting e del cup, attribuito all'U.O.S.V.D. Programmazione e controllo delle attività sanitarie, è riportato nella scheda allegata, denominata Area Gestione delle entrate, delle spese e patrimonio nella sezione "UOSVD Programmazione e controllo delle attività sanitarie. 2022- 2024."

5.5. Analisi Area Sperimentazioni cliniche

Le possibili criticità di questa area sono da rinvenirsi negli interessi commerciali e, quindi, potenzialmente indebiti, che le aziende farmaceutiche, interessate ad immettere il proprio prodotto sul mercato, possano riversare sugli operatori che svolgono le sperimentazioni.

La possibile influenza degli Sponsor/Promotori sull'indipendenza scientifica di chi conduce le sperimentazioni cliniche (Principal Investigator) nella conduzione delle stesse, può scaturire dalle somme versate per l'esecuzione degli studi o a qualsiasi altra forma di supporto diretto/indiretto alla ricerca.

In ragione di tale rischio, la Monasterio non destina nessuna quota dei ricavi percepiti né al Principal Investigator né al restante personale coinvolto nello studio, al fine di prevenire potenziali conflitti di interesse tra i ricercatori e le aziende proponenti e/o interessate alla conduzione delle attività.

Infatti, secondo quanto definito nella Procedura Operativa 1007, aggiornata l'11 maggio 2022, gli introiti vengono destinati - al netto delle spese sostenute per l'effettuazione della sperimentazione - alla Monasterio a titolo di ristoro delle spese generali e ad incremento del fondo per le sperimentazioni no profit, nonché all'U.O. di appartenenza del Principal Investigator, per l'acquisto di beni e/o servizi funzionali all'attività routinaria di questa. Questa scelta strategica consente di riuscire a mantenere per quest'area un livello basso di rischio. Difatti, la circostanza che non siano previsti ricavi personali riduce la probabilità che il personale coinvolto venga indotto a porre in essere comportamenti non appropriati in quanto influenzati da interessi personali.

È, inoltre, garantita la massima trasparenza sulle principali informazioni relative alle sperimentazioni, mediante la pubblicazione dei relativi provvedimenti nella sezione dei provvedimenti dell'Amministrazione Trasparente.

Da ultimo, si evidenzia che la Regione Toscana ha approntato un sistema di monitoraggio mensile ed annuale. Detto monitoraggio comprende l'indicazione dei tempi di stipula del contratto con lo sponsor (in caso di studi profit), rispetto al momento di approvazione del protocollo di studio da parte del Comitato Etico competente e rileva, altresì, i tempi di approvazione dello studio no profit da parte del Direttore Generale, sempre con riferimento all'approvazione da parte del CE.

Nell'anno 2022, sono stati approvati dai competenti Comitati Etici (Area Vasta Nord Ovest e pediatrico) 24 sperimentazioni cliniche e studi osservazionali.

Al 31 dicembre 2022, presso la Monasterio, erano in corso 134 sperimentazioni, di cui 96 no-profit e 38 profit.

5.6. Analisi Area Gestione delle attività connesse ai decessi intraospedalieri

La Monasterio ha adottato un proprio protocollo operativo, conformandosi alle disposizioni contenute nel Regolamento di Polizia Mortuaria, per la proceduralizzazione delle attività da

compiersi in caso di decesso intraospedaliero, affinché sia assicurata un'opportuna gestione delle operazioni.

I due stabilimenti dell'Ente sono privi di una propria camera ardente per cui la salma, effettuati i necessari riscontri necroscopici, viene immediatamente trasferita a cura di personale di altra azienda del SSR presso l'obitorio.

Segue che il rischio corruttivo è piuttosto contenuto per la realtà organizzativa specifica della Monasterio.

6. Monitoraggio e Controllo Anticorruzione e trasparenza

Lo stato di attuazione della presente Sezione è, in primo luogo, rilevato, con cadenza annuale, dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, con la stesura della Relazione sulle attività svolte in materia di prevenzione della corruzione nell'Ente di riferimento e, in secondo luogo, dall'O.I.V. e dall'organo di indirizzo dell'amministrazione di riferimento, cui la Relazione viene trasmessa.

Con riferimento specifico, alla Relazione Annuale 2022, può dirsi che il grado di attuazione delle misure di prevenzione, previste nei precedenti piani triennali, continua a confermarsi soddisfacente, in quanto è stata mantenuta nel tempo l'applicazione delle misure di prevenzione obbligatorie, esclusa la rotazione del personale per le ragioni tecniche ed organizzative già esposte nel paragrafo riservato a tale misura.

Per il prossimo triennio, l'Amministrazione prevede di implementare il proprio sistema di verifica, avviando un processo di monitoraggio interno che si strutturi nello svolgimento con cadenza semestrale di audit condotti dal RPCT con l'apporto e la collaborazione dei Responsabili di Unità operative.

Tale riesame di secondo livello, andrebbe ad aggiungersi al controllo effettuato con la Relazione annuale del RPCT e avrebbe ad oggetto l'analisi degli indicatori riferiti al livello di attuazione delle misure principali pianificate all'interno del P.T.P.C. L'intento è quello di raggiungere un ulteriore grado di specificità rispetto alle rilevazioni, già effettuate nella Relazione Annuale del RPCT che riguardano le misure generali ed obbligatorie. Questo controllo è volto a disaggregare gli audit in relazione alle singole aree di rischio riportate nel piano e, tramite il Responsabile di riferimento per ciascuna area di rischio, si intende misurare il grado di attuazione delle misure di prevenzione specifiche previste per la corrispondente area.

L'U.O.C. Affari Generali e Legali sarà l'ufficio che provvederà alla conservazione dei verbali dei suddetti audit.

Sistemi di controllo interno

Nella Monasterio sono presenti i seguenti meccanismi di controllo interno:

- il controllo di regolarità e legittimità amministrativa e contabile, garantito dal Collegio dei Revisori.
- il controllo della conformità della condotta del personale rispetto al Codice etico e di comportamento e al CCNL, eseguito da tutti i Dirigenti e dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- il controllo strategico sulla Performance e sugli obblighi di trasparenza, garantito dall'O.I.V.;
- il controllo di gestione, governato dalla Direzione;
- il sistema di controllo interno (SCI di cui al paragrafo che segue);
- la verifica della resa del conto giudiziale, ai sensi del "Codice di Giustizia Contabile", esperita dal Collegio dei revisori.

7. Il Percorso attuativo di certificabilità

La Regione Toscana con le DGRT n. 478/2013, n. 719/2016 e n. 1199/2016, ha definito il percorso attuativo di certificabilità delle Aziende Sanitarie Pubbliche, della Gestione Sanitaria Accentrata e del Bilancio consolidato regionale, in conformità del DM del 1° marzo 2013, che prevede che gli enti

del SSN garantiscano, sotto la responsabilità ed il coordinamento delle Regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

La Monasterio, con la delibera del Direttore Generale n. 19 del 5 gennaio 2018 “Percorso Attuativo di Certificabilità dei dati e del bilancio - adempimenti di cui alla Delibera Giunta Regionale n. 1199 del 29.11.2016”, ha adottato il proprio Piano Attuativo di Certificabilità aziendale, che rappresenta un importante strumento per il rafforzamento del controllo interno e della qualità dei processi amministrativi, contabili e sanitari e che è finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci.

Con la delibera del Direttore Generale n. 189 del 29 marzo 2018 ha adottato, inoltre, la procedura per la gestione dei rilievi da parte del Collegio dei Revisori dei Conti nell'ambito del Percorso Attuativo di Certificabilità dei dati e del bilancio”.

Infine, con la delibera del Direttore Generale n. 368 del 16 luglio 2018 “Percorso Attuativo di Certificabilità dei dati e del bilancio - ha recepito la Delibera Giunta Regionale n. 1368 del 04.12.2017, contenente modifiche alla DGRT 719/2016.

Al contempo, e al fine di implementare il proprio PAC, la Monasterio ha avviato un percorso di sviluppo e di consolidamento del proprio assetto di controllo interno (SCI - sistema di controllo interno), avvalendosi delle competenze del Dipartimento “Economia e Management” dell'Università di Pisa, mediante la stipula di apposita convenzione.

Con la Delibera del Direttore Generale n. 541 del 23 novembre 2021, è stato statuito di procedere alla revisione delle procedure aziendali nell'ambito del Percorso Attuativo di Certificabilità dei dati e del bilancio.

SOTTOSEZIONE 4. TRASPARENZA

La trasparenza, come definita dall'art. 1 del D.Lgs. 33/2013, quale “accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni”, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, riveste l'attributo di misura fondamentale nella strategia della prevenzione della corruzione.

Al fine di garantire la massima trasparenza degli atti e dell'azione amministrativa sono rafforzati gli strumenti informativi a disposizione dei cittadini: in primo luogo, con la c.d. “Amministrazione trasparente” e il diritto di accesso ai documenti e alle informazioni delle pubbliche amministrazioni.

La qualità e l'aggiornamento dei dati pubblicati sono oggetto di periodico monitoraggio sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti, anche sotto il profilo del rispetto del regime normativo per il trattamento dei dati personali.

Si tratta di procedimento di monitoraggio ormai rodato, denominato “Check Trasparenza”, che viene svolto mensilmente, confrontando il paradigma normativo, riepilogato nella tabella esemplificativa dell'Allegato 1 della Delibera A.N.AC. n. 1310 del 28.12.2016 e s.m.i, con la struttura e i dati presenti nella sezione telematica del sito, denominata “Amministrazione Trasparente”.

Al termine delle operazioni di monitoraggio, viene avviata un'interlocuzione con i Responsabili delle U.O. interessate al fine di segnalare le anomalie e le carenze e provvedere alla loro correzione ed aggiornamento.

Il flusso informativo che impegna tutte le strutture a trasmettere i dati, oggetti di pubblicazione obbligatoria, al RPCT, è rappresentato e riepilogato nella scheda allegata al presente Piano (Allegato n. 1). Qualora l'attività di controllo rilevi gravi inadempienze, in materia di obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, il RPCT (in ottemperanza all'art. 43 D.Lgs. n. 33/2013) è tenuto a trasmettere gli atti oltre che alla Direzione Generale e all'Organismo Indipendente di Valutazione.

L'obiettivo della verifica e del controllo che presiede alla procedura “Check Trasparenza” è stato reso più stringente dalla circostanza che tale operazione di monitoraggio è stata assegnata all'U.O.C. Affari Generali e Legali, quale obiettivo del Budget 2020. Il principio dell'accesso e della trasparenza è, quindi, divenuto un obiettivo strategico concreto della Monasterio e un parametro dell'efficienza della performance organizzativa.

Accesso civico

La pagina del sito, dedicata all'accesso civico nella sezione "Amministrazione Trasparente", quale diritto di chiunque di richiedere dati e documenti di cui le pubbliche amministrazioni dispongono salvo eccezioni previste dalla legge, è stata arricchita della modulistica che agevola la presentazione delle istanze.

Il registro degli accessi richiesti con l'indicazione degli elementi essenziali delle istanze avanzate e il relativo esito viene periodicamente aggiornato.

La Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi costituisce il mezzo prioritario per portare a conoscenza del cittadino/utente i servizi offerti dall'Ente e le modalità della loro erogazione.

L'adozione della Carta dei servizi ha anche una funzione di monitoraggio e di supervisione, in quanto richiede che le strutture sanitarie si dotino di meccanismi di misurazione del servizio, di informazione agli utenti e di controllo del raggiungimento degli obiettivi.

Tale documento è consultabile nella sezione "Amministrazione trasparente" alla voce "Servizi erogati" del sito internet aziendale.

Nel corso del 2019, sulla base di quanto previsto dalle norme regionali in materia, con Delibera direttoriale n. 112 del 27 febbraio 2019, è stata istituita la commissione mista conciliativa, un organismo di tutela di II° livello che ha la funzione di esaminare le segnalazioni degli operatori sanitari e i reclami degli utenti che non sono soddisfatti delle risposte date dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Comitato di Partecipazione Aziendale

La Monasterio pone il paziente al centro della propria attività ("*un sistema interamente orientato al paziente*", così il Prof. Luigi Donato, Presidente Onorario della Monasterio).

Ne consegue, tra l'altro, il riconoscere e promuovere la partecipazione dei cittadini/utenti alla migliore gestione del servizio sanitario, quale strumento di diffusione della cultura della legalità e presidio di trasparenza.

In ossequio alla legge regionale n. 75/2017, "*Disposizioni in materia di partecipazione e di tutela dell'utenza nell'ambito del servizio sanitario regionale.*", che prevede il riordino degli organismi di partecipazione dei cittadini, la Monasterio ha insediato il proprio Comitato Aziendale di Partecipazione, composto da:

- CITTADINANZA ATTIVA;
- FEDERCONSUMATORI;
- UN CUORE UN MONDO;
- AICCA (Associazione Italiana Cardiopatici Congeniti Adulti);
- CONALBE;
- AIDE (Associazione Italiana Dislipidemie Ereditarie).

La citata legge regionale ha inteso 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 al processo decisionale e di monitoraggio, in coerenza ai principi di equità, umanizzazione e appropriatezza.

Il comitato aziendale di partecipazione ha funzioni di consultazione e proposta a supporto della direzione aziendale, in merito alla qualità dei servizi erogati dall'azienda, con particolare riferimento all'equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi. In particolare:

1. contribuisce alla predisposizione di documenti di programmazione aziendale, riguardo al rispetto del diritto alla salute dei cittadini nonché alla qualità dei servizi;
2. svolge attività di monitoraggio in merito al rispetto delle garanzie e degli impegni indicati dalla carta dei servizi, tenendo conto degli strumenti di ascolto e di valutazione partecipata e degli indicatori di qualità, sulla base di elementi misurabili, attività di analisi e monitoraggio degli scostamenti tra i singoli obiettivi;
3. partecipa ai processi informativi e comunicativi tra azienda e cittadini, al fine di assicurare la chiarezza delle informazioni e l'efficacia della comunicazione, nonché di promuovere un uso

appropriato e consapevole dei servizi;

4. propone incontri con i cittadini, volti a facilitare l'accesso ai servizi, il mantenimento dello stato di salute, l'informazione sulle cure e l'adeguato ricorso ai servizi.

A livello regionale è stato istituito il Consiglio dei Cittadini per la Salute al quale è stato designato in data 26 febbraio 2021, un componente del Comitato Aziendale di Partecipazione della Monasterio.

Informatizzazione dei processi

Nel corso del 2023, sarà ultimato il servizio di conservazione digitale che consentirà l'archiviazione digitalizzata dei documenti amministrativi, oltre alla tracciabilità ed automazione delle relative operazioni con contestuale limitazione di interventi correttivi al di fuori delle procedure definite e una migliore reperibilità degli stessi.

Inoltre, nell'ambito del più generale percorso di implementazione del datawarehouse dell'Ente, verrà portato a compimento la realizzazione di un vero e proprio "gestionale amministrativo", che accorperà gli attuali applicativi aziendali in uso all'amministrazione; ciò assicurerà il perseguimento dell'obiettivo della completa informatizzazione dei flussi all'interno dell'Ente, realizzando l'obiettivo del trasferimento automatico delle informazioni, oggetto di pubblicazione, direttamente dagli applicativi aziendali.

Patti d'integrità

La Monasterio, in attuazione dell'art. 1, comma 17, della L. 190/2012, adotta e utilizza protocolli di legalità o patti d'integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine, l'Ente inserisce negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità, o del patto di integrità, dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

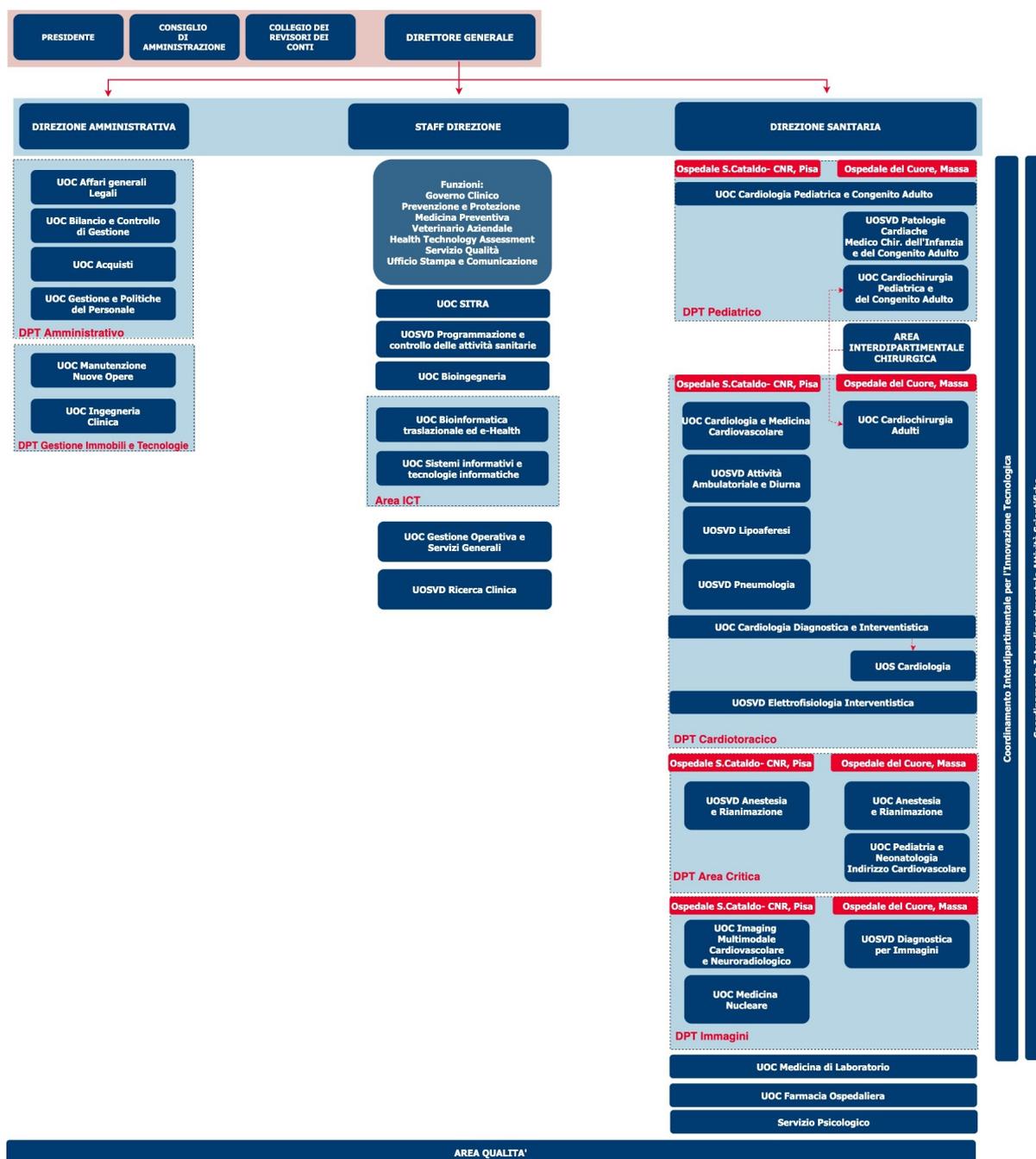
La Monasterio ha adottato il patto d'integrità predisposto con i contenuti di cui al format allegato al presente Piano.

Negli **Allegati 2-3-4-5-6-7-8-9-10-11** le schede relative alle precedenti Sottosezioni 3 e 4.

SEZIONE III ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

SOTTOSEZIONE 1 - STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa dell'Ente è articolata in Dipartimenti, Aree, Unità Operative (complesse, semplici a valenza dipartimentale e semplici), come di seguito sintetizzato:



Coordinamento Interdipartimentale per l'Innovazione Tecnologica

Coordinamento Interdipartimentale Attività Scientifiche

Aggiornato al 23.09.2022

L'organizzazione dell'Ente, come anzidetto, è fondata su criteri di multidisciplinarietà e multiprofessionalità e mira al miglioramento delle competenze professionali, tecniche e scientifiche: alle varie unità operative in cui è articolato l'Ente sono assegnate le risorse materiali, umane, tecnologiche e strutturali, gestite in attuazione della programmazione

aziendale e mediante lo strumento di budget.

Al vertice dell'organizzazione vi è il Direttore Generale cui spettano tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale; nello svolgimento delle proprie funzioni, il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

I principali indirizzi strategici in materia di struttura organizzativa possono essere così sintetizzati:

- razionalizzazione dell'articolazione organizzativa e delle competenze assegnate alle strutture;
- snellimento e ottimizzazione dei processi decisionali;
- adeguamento dinamico della struttura organizzativa ai fabbisogni ed esigenze correlate al contesto esterno e agli obiettivi strategici che si intendono perseguire.

LE RISORSE UMANE

La Monasterio si avvale della collaborazione di 697 dipendenti (dati aggiornati al 31 dicembre 2021) cui si aggiungono 7 dipendenti delle Università e del CNR, 21 collaboratori e 17 unità di personale in somministrazione di lavoro.

Di seguito un maggior dettaglio della composizione di detto personale con alcune rappresentazioni che consentono un miglior inquadramento dell'assetto delle risorse umane nell'ambito dell'Ente.

a) Personale suddiviso per genere

| GENERE | NUMERO | INCIDENZA % | Dipendenti | INCIDENZA % |
|---------------|---------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| Donne | 494 | 67,63% | 476 | 68,29% |
| Uomini | 248 | 32,37% | 221 | 31,71% |
| Totale | 742 | 100,00% | 697 | 100,00% |

b) Personale suddiviso per classi di età

| Fasce età | Donne | INCIDENZA % | Uomini | INCIDENZA % |
|------------------|--------------|--------------------|---------------|--------------------|
| <30 | 46 | 9,31% | 13 | 5,24% |
| 30-39 | 124 | 25,10% | 60 | 24,19% |
| 40-49 | 136 | 27,53% | 79 | 31,85% |
| 50-60 | 158 | 31,98% | 68 | 27,42% |
| >60 | 30 | 6,07% | 28 | 11,29% |
| Totale | 494 | 66,62% | 248 | 33,38% |

c) Personale e tipologia di contratto

| Tipologia Contrattuale | Stato Giuridico | N. Unità |
|--|--|-----------------|
| CONTRATTO AREA MEDICI E VETERINARI | A TEMPO DETERMINATO | 2 |
| | A TEMPO INDETERMINATO | 132 |
| | Totale CONTRATTO AREA MEDICI E VETERINARI | 134 |
| CONTRATTO COMPARTO SANITA' | A TEMPO DETERMINATO | 30 |
| | A TEMPO INDETERMINATO | 494 |
| | EX ART.15 OCTIES D.LGS 502/1992 | 8 |
| | Totale CONTRATTO COMPARTO SANITÀ | 532 |
| CONTRATTO DIRIGENTI SANITARI E P-T-A | A TEMPO INDETERMINATO | 30 |
| | EX ART.15 SEPTIES D.LGS 502/92 | 1 |
| Totale CONTRATTO DIRIGENTI SANITARI P-T-A | | 31 |
| TOTALE GENERALE | | 697 |

d) personale dipendente a tempo determinato e indeterminato suddiviso per genere

| GENERE | DIP. TD | % | DIP. TI | % |
|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Donne | 38 | 88,37% | 438 | 66,97% |
| Uomini | 5 | 11,62% | 216 | 33,02% |
| Totale | 43 | 100,00% | 654 | 100,00% |

e) personale dirigente e non dirigente diviso per genere

| GENERE | DIRIGENTI | % | NON DIR. | % |
|---------------|------------------|----------------|-----------------|----------------|
| Donne | 67 | 40,36% | 409 | 77,02% |
| Uomini | 99 | 59,63% | 122 | 22,97% |
| Totale | 166 | 100,00% | 531 | 100,00% |

Consapevoli del fatto che le risorse umane rappresentano il più importante patrimonio aziendale, in Monasterio la **formazione** rappresenta uno strumento strategico per lo sviluppo e il miglioramento delle capacità professionali individuali ed è anche uno strumento primario con cui si accompagnano i processi di miglioramento, l'innovazione tecnologica e dei percorsi.

Del resto in una realtà, come la Monasterio, in cui dove il connubio tra innovazione

tecnologica, ricerca e clinica costituiscono il fulcro attorno al quale si sviluppa e si consolida la *mission* istituzionale, diventa strategico trasferire, tramite percorsi formativi opportunamente individuati, il "Know-how scientifico" presente nell'Ente agli operatori, in modo da rafforzare le rispettive competenze, migliorare le performance individuali e collettive, e facilitare i rispettivi ruoli, anche in termini di sicurezza, appropriatezza ed efficacia.

La formazione, pertanto, rappresenta una funzione di valenza strategica e di supporto alla Direzione aziendale nei processi di innovazione gestionale, organizzativa e tecnologica: il tutto nel rispetto della normativa, della programmazione regionale e delle indicazioni fornite dalla Regione Toscana al fine di uniformare i processi di formazione continua degli operatori del Sistema Sanitario Regionale.

A valle del processo di rilevazione dei fabbisogni formativi, pertanto, ogni anno viene elaborato ed approvato il Piano Annuale della Formazione tenendo conto della normativa vigente, degli obiettivi nazionali, regionali ed aziendali.

Il Piano costituisce il programma delle attività dell'anno e può venire integrato durante l'anno, previo parere del Comitato Scientifico per la Formazione, in relazione a nuove esigenze emerse.

SOTTOSEZIONE 2 - LAVORO AGILE

Il lavoro agile costituisce una modalità di esecuzione della prestazione lavorativa caratterizzata dall'assenza di vincoli orari o spaziali e da un'organizzazione per obiettivi: un modello che si basa su una maggiore responsabilizzazione ed autonomia del lavoratore, su di una sorta di "patto di fiducia" tra l'Istituzione ed il dipendente, e che sfrutta le opportunità fornite dalle tecnologie odierne, consentendo anche una migliore conciliazione tra tempi di vita e di lavoro del personale.

Questa modalità operativa innovativa, in particolare, è basata sui seguenti elementi:

- flessibilità dei modelli organizzativi
- presenza di tecnologie digitali che favoriscano il lavoro agile
- autonomia nell'organizzazione del lavoro e responsabilizzazione rispetto ai risultati
- cultura organizzativa basata su programmazione, monitoraggio e adozione di azioni correttive
- benessere del lavoratore
- utilità per l'Ente
- equilibrio complessivo in una logica "win-win": l'amministrazione consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "work-life balance".

Il modello del lavoro agile non costituisce, dunque, un modello astratto e la sua attuazione deve essere puntualmente verificata in termini di attuabilità e di modalità di svolgimento: occorre, infatti, che sia possibile svolgere da remoto almeno parte dell'attività cui il personale è adibito senza che ciò pregiudichi in alcun modo la regolarità, l'efficacia, l'efficienza e la tempistica nello svolgimento delle attività stesse e che la tecnologia disponibile consenta tale innovativa modalità lavorativa.

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (in seguito anche "POLA") costituisce lo strumento di programmazione del lavoro agile e di definizione delle sue modalità di attuazione e sviluppo.

In particolare il Piano definisce:

- I. Il livello di attuazione e di sviluppo del lavoro agile**
- II. Le modalità attuative**
- III. I soggetti, processi e gli strumenti del lavoro agile**
- IV. Il programma di sviluppo del lavoro agile.**

Il POLA, inoltre, definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici e gli strumenti di monitoraggio dei risultati conseguiti; spetta ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative,

in particolare, realizzare la mappatura delle attività individuando quali di esse possano essere svolte anche da remoto e quali siano escluse da questa possibilità.

I) Livello di attuazione e sviluppo

Da sempre la Monasterio, forte dell'alto senso di appartenenza e responsabilizzazione del personale, ha adottato una politica di organizzazione del lavoro tesa a consentire, ove possibile, flessibilità nell'orario di svolgimento dell'attività lavorativa, in modo da permettere di conciliare meglio i tempi di vita e di lavoro.

L'esperienza diffusa dello *smart working* semplificato durante l'emergenza pandemica da COVID-19 è stata complessivamente positiva, sia in termini di benessere organizzativo, che in termini di *performance* dell'organizzazione, in quanto la responsabilizzazione del personale operante da remoto e gli strumenti organizzativi e tecnologici adottati hanno consentito la piena continuità delle attività ed anche il fronteggiamento di situazioni di urgenza legate al contrasto della pandemia in essere.

Oggi possiamo, quindi, considerare superata la fase di avvio e sperimentazione di questa modalità lavorativa.

L'Ente può sicuramente contare su alcuni punti di forza e, in particolare:

- la forte motivazione, il grande senso di appartenenza e di responsabilità che da sempre contraddistinguono il personale e la piena consapevolezza, anche nei settori amministrativo e tecnico, del contributo che l'attività di ognuno assicura rispetto al fine ultimo dell'organizzazione: assicurare la miglior cura ad ogni singolo paziente, in termini di qualità, strumenti a disposizione, tempistiche di intervento;
- il supporto tecnologico che pervade tutte le attività gestionali, cliniche e di ricerca dell'Ente: un supporto che, in particolare, consente un monitoraggio pressoché in tempo reale rispetto agli obiettivi posti e che ha visto un ulteriore potenziamento con l'adozione della piattaforma "G Suite", che consente la condivisione di documenti, cartelle di documenti e collegamenti ed incontri a distanza;
- una dimensione aziendale tutto sommato contenuta, che consente un rapido confronto tra il personale e la dirigenza e, al contempo, la possibilità per i dirigenti di un puntuale monitoraggio delle attività;
- un sistema di valutazione della performance di struttura consolidato e condiviso con il personale, che prevede obiettivi ed indicatori chiari e concordati;
- un sistema di valutazione della performance individuale affinato negli anni con un crescente numero di parametri oggettivi e misurabili.

È da rammentare, in merito, come l'articolazione organizzativa dell'Ente comprenda strutture organizzative che svolgono attività sanitarie, di ricerca e sperimentazione, di innovazione tecnologica e attività amministrative, tecniche e, più in generale, di supporto e va rilevato come la modalità di lavoro agile non può ritenersi applicabile al personale addetto alle attività sanitarie, stante la necessità che le prestazioni dallo stesso svolte siano rese in presenza.

II) Modalità attuative del Piano

La definizione delle modalità attuative del Piano, in attuazione del Regolamento aziendale, tratta gli elementi di cui in appresso:

- a) Tipologia di attività che possono essere svolte in lavoro in modalità agile;
- b) Destinatari e modalità di accesso al lavoro agile
- c) Disciplina e regolamentazione del lavoro agile
- d) Requisiti tecnologici
- e) Strumenti di verifica

a) tipologia di attività che possono essere svolte in lavoro in modalità agile

La modalità agile non è applicabile al personale addetto alle attività sanitarie, proprio in quanto è necessaria la presenza del personale in sede per lo svolgimento di tali attività; per i restanti ambiti, la definizione della "mappa" delle attività che possono essere svolte in lavoro agile prende avvio dall'esclusione di quelle che necessariamente richiedono la presenza del dipendente in sede in relazione al rapporto con l'utenza (uffici che richiedono

necessariamente il contatto diretto, come ad esempio gli sportelli accettazione), allo svolgimento di compiti di supporto operativo (v. ufficio tecnico, servizio di supporto informatico, ecc.) o ad altre motivazioni specifiche (v. uffici ricezione materiali, ecc.).

b) modalità di accesso al lavoro agile

L'adesione al lavoro agile è su base volontaria: il dipendente interessato fa richiesta al responsabile della struttura di appartenenza secondo le modalità previste dal Regolamento aziendale;

Il dirigente della struttura, verificato il ricorrere delle condizioni previste dalla legge e dal detto Regolamento, predispone in accordo con il dipendente una proposta di Accordo individuale per la prestazione in lavoro agile sulla base del modello di cui al Regolamento stesso.

c) disciplina e regolamentazione del lavoro agile

Il dipendente che opera da remoto svolge la prestazione al di fuori della sede di lavoro compatibilmente con le esigenze organizzative della struttura di assegnazione, nel rispetto di quanto definito nell'Accordo Individuale: l'attività lavorativa in *smart working* avviene senza vincolo di orario, entro i soli limiti di durata del tempo di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

Ai fini di un'efficace interazione con la struttura di assegnazione e con le altre strutture dell'Ente il lavoro agile viene organizzato per specifiche fasce di contattabilità del dipendente; fatte salve le fasce di contattabilità, al lavoratore in modalità agile è garantito il rispetto dei tempi di riposo, nonché il diritto alla disconnessione.

d) requisiti tecnologici

La dotazione tecnologica necessaria per lo svolgimento dell'attività da remoto può essere di proprietà del dipendente, o messa a disposizione dall'Ente.

e) strumenti di verifica

L'Accordo individuale e la relativa Scheda di progetto contengono gli obiettivi posti e condivisi, atti a consentire di monitorare i risultati della prestazione lavorativa svolta: in merito il dirigente responsabile predispone un idoneo sistema di monitoraggio al fine di verificare costantemente i risultati conseguiti dal dipendente attraverso la prestazione lavorativa svolta.

III) I soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

Al netto del personale addetto alle attività sanitarie, nell'Ente sono 96 i dipendenti potenzialmente interessati dal lavoro agile, ma occorre procedere - come detto - alla mappatura delle attività per verificare in concreto i dipendenti che, in base alla specifica attività svolta, sono in concreto candidabili allo *smart working*.

In merito, spetta ai responsabili delle strutture individuare le attività per le quali è possibile lo *smart working* e definire il contenuto degli Accordi Individuali per la prestazione in lavoro agile, organizzando e coordinando le attività dei collaboratori, indipendentemente dalla modalità operativa di lavoro (in sede o da remoto) ed assicurando i necessari collegamenti e la necessaria circolazione delle informazioni, fondamentali per l'efficace ed efficiente sviluppo dei processi gestionali.

Nell'ambito della programmazione dell'organizzazione del lavoro in modalità agile, rilevante è inoltre il ruolo e contributo del Servizio di Prevenzione e Protezione e dell'Area ICT, nonché dell'UO Gestione e Politiche del Personale, a supporto dei dirigenti e del personale per l'avvio e l'attuazione del Piano.

IV) Il programma di sviluppo del lavoro agile

L'epidemia da COVID 19 ha radicalmente alterato la regolare pianificazione delle attività in relazione alle prescrizioni via, via adottate per il fronteggiamento della fase pandemica.

In concreto, dopo una iniziale **fase di avvio** dell'organizzazione del lavoro in modalità agile, si è passati ad una **fase di sviluppo intermedio** che ha previsto una graduale stabilizzazione dell'organizzazione dell'attività lavorativa da remoto, sulla base dell'esperienza e dei risultati avuti nella prima fase; e ciò, sia in termini di efficacia ed efficienza organizzativa nei vari ambiti, sia in

termini di gradimento da parte del personale.

L'anno 2023 ed i successivi consentiranno una **fase di sviluppo avanzato** in cui si prevede che il sistema adottato e adeguato nel tempo raggiunga un funzionamento a pieno regime.

È naturale, al riguardo, che il consolidamento dell'organizzazione del lavoro agile possa consentire l'affinamento degli indicatori adottati e l'incremento degli stessi, anche in base all'esperienza concretamente vissuta.

Nell'ambito delle varie fasi, la **scansione temporale** prevede, come detto:

- la mappatura delle attività che possono essere svolte in *smart working*, ad opera dei dirigenti delle Unità Operative interessate;
- la presentazione delle richieste di adesione allo *smart working* da parte del personale e la valutazione dell'ammissibilità delle stesse da parte del dirigente competente;
- la stesura degli Accordi Individuali per la prestazione in lavoro agile e delle relative Schede di Progetto Individuale;
- le attività di monitoraggio e verifica dei risultati, che si concludono con una relazione conclusiva del dirigente, una valutazione in termini di benessere organizzativo relativamente al personale operante in *smart working* ed una in termini di efficacia ed efficienza dell'attività effettuata anche coinvolgendo il personale che ha continuato a lavorare in sede.

Il **programma di sviluppo del lavoro agile** considera:

I. Le condizioni abilitanti del lavoro agile.

Da questo punto di vista - come anzidetto - la Monasterio può contare su di un radicato orientamento ad una gestione per risultati delle risorse umane e su uno "stato di salute digitale" avanzato stante la disponibilità di accessi sicuri dall'esterno agli applicativi e ai dati di interesse per l'esecuzione del lavoro, con l'utilizzo di opportune tecniche di criptazione, la disponibilità di applicativi software che permettano ai dipendenti di lavorare anche da remoto, la disponibilità di documenti in formato digitale e la possibilità di condividere documenti e processi..

II. Le modalità e lo stato di implementazione del lavoro agile.

Ai fini dell'attuazione del Piano - come accennato - si è dato mandato ai responsabili di Unità Operativa di mappare nel dettaglio le attività svolte da ciascun collaboratore, anche partendo dalla mappatura effettuata per l'avvio dello *smart working* semplificato durante la fase pandemica.

In merito le UU.OO. coinvolte dal processo di mappatura sono:

- UOC Affari Generali e Legali
- UOC Bilancio e Controllo di Gestione
- UOC Gestione e Politiche del Personale
- UOC Acquisti
- UOC Gestione Operativa e Servizi Generali
- UOC Manutenzione e Nuove Opere
- UOC Ingegneria Clinica
- UOC Bioingegneria
- UOC Bioinformatica traslazionale ed e-Health
- UOC Sistemi informativi e tecnologie informatiche
- UOSVD Programmazione e controllo delle attività sanitarie
- UOSVD Ricerca Clinica

III. Gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti.

Si tratta di strumenti ed indicatori atti a rilevare e verificare i risultati, anche in termini di:

- miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione amministrativa (v. riduzione del tasso di assenze);
- digitalizzazione dei processi (v. incremento dei processi digitalizzati e del numero di operatori che vi partecipano);
- qualità delle attività svolte e dei servizi erogati (v. qualità percepita da parte dell'intera organizzazione aziendale).

IV. Gli impatti interni ed esterni del lavoro agile.

Il ricorso allo *smart working*, oltre a contribuire al miglioramento della performance individuale ed organizzativa può avere impatti interni all’Ente (v. benessere organizzativo) o esterni ad esso (v. minor impatto aziendale per la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa e, in prospettiva, impatto di tipo sanitario in termini di riduzione dei contagi, come è avvenuto durante la pandemia da COVID-19).

Il Piano triennale: indicatori e fasi

L’esperienza maturata nelle varie fasi di implementazione a partire dalla fase di *smart working* semplificato, consente oggi di valutare con maggiore consapevolezza l’impatto di questa modalità lavorativa anche in relazione ad un progressivo affinamento ed incremento degli indicatori presi in esame.

Nel prospetto di seguito riportato si tratteggiano gli indicatori e gli obiettivi posti per le fasi di implementazione del presente piano.

| | INDICATORE | ANNO 2023 | ANNO 2024 | ANNO 2025 |
|----------|---|--|---|---|
| 1 | mappatura delle attività che possono essere svolte da remoto | revisione entro il mese di gennaio | revisione entro il mese di gennaio | revisione entro il mese di gennaio |
| 2 | stesura e approvazione degli accordi individuali | aggiornamento entro il mese di febbraio | aggiornamento entro il mese di febbraio | aggiornamento entro il mese di febbraio |
| 3 | tasso di assenza del personale che opera anche da remoto | riduzione di almeno il 5% rispetto all’anno 2019 | mantenimento incidenza anno 2023 | mantenimento incidenza anno 2023 |
| 4 | riduzione permessi orari personale che opera anche da remoto | almeno il 10% rispetto all’anno 2019 | almeno il 10% rispetto all’anno 2019 | almeno il 10% rispetto all’anno 2019 |
| 5 | soddisfazione dei dipendenti delle UU.OO. in cui si opera in <i>smart working</i> | almeno il 60% | almeno il 60% | almeno il 60% |
| 6 | riduzione tempi di spostamento casa-lavoro-casa del personale che opera in <i>smart working</i> | almeno il 10% rispetto al 2019 | almeno il 10% rispetto al 2019 | almeno il 10% rispetto al 2019 |

SOTTOSEZIONE 3 - PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Il Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) è lo strumento programmatico, previsto dall’art. 6 del D.Lgs 165/2001, per la definizione delle esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi compatibilmente con i vincoli posti a livello regionale e di finanza pubblica.

Esso si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale adottato dal Direttore Generale.

Proprio in quanto documento di programmazione, il PTFP non vincola direttamente l’attività, ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali: tali esigenze, in particolare, possono anche richiedere eventuali modifiche in corso d’anno, ove ci si trovi di fronte a situazioni non prevedibili.

Il Piano, in particolare, indica la consistenza della dotazione organica e la sua rimodulazione in base al fabbisogno programmato nei vari ambiti di attività, tenendo conto anche delle prevedibili cessazioni di personale.

Inoltre esso tiene conto anche:

- delle procedure di “stabilizzazione” previste dal D.Lgs 75/2017 e s.m.i. e dal comma 268

lettera b) della Legge n. 234/2021;
- delle assunzioni ai sensi della L. n. 68/99;

- del ricorso ad agenzie di somministrazione di lavoro e ad ogni altra forma di lavoro flessibile.

In attesa di nuove indicazioni regionali per la stesura del PTFP 2023-2025, si fa rinvio al Piano Triennale del Fabbisogno di Personale 2022-2024 elaborato sulla base delle indicazioni regionali di cui alla DGRT n. 700/2022 "Indicazioni per la predisposizione, da parte delle Aziende ed Enti del SSR, dei Piani Triennali di Fabbisogno di Personale 2022-2024" ed approvato con DGRT 1270 del 14.11.2022.

In **Allegato 12** il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2022-2024

SOTTOSEZIONE 4 - AZIONI POSITIVE E GENDER EQUALITY PLAN

A) Piano delle Azioni Positive (PAP)

Il Piano delle Azioni Positive, come definito dall'art.48 del Decreto Legislativo n. 198/2006, Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, rappresenta uno strumento di programmazione finalizzato al cambiamento culturale e organizzativo. Tale piano è un documento mirato a introdurre azioni positive all'interno del contesto di lavoro, esplicando gli obiettivi, le azioni e i tempi per realizzare progetti mirati a riequilibrare le situazioni di disegualianza di genere, a contrastare ogni forma di discriminazione e a favorire il benessere in ambito lavorativo.

In coerenza con quanto disposto con Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2/2019, il presente Piano delle Azioni Positive (PAP) per il triennio 2023 - 2025, è il frutto del lavoro congiunto con il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni nel lavoro (di seguito CUG) della Monasterio, istituito con Deliberazione n. 83/2022. La citata Direttiva n. 2 del 2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" ha aggiornato alcuni degli indirizzi forniti con la direttiva del 4 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei "Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG), istituiti ai sensi dell'art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001, rafforzando il ruolo degli stessi all'interno delle Amministrazioni Pubbliche. Tra le funzioni del CUG, oggetto di consolidamento da parte della Direttiva, c'è sicuramente quella propositiva in merito alla "predisposizione di Piani di Azioni Positive volta a favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne, le condizioni di benessere lavorativo, nonché a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione o violenze morali, psicologiche, mobbing, disagio organizzativo, all'interno dell'amministrazione pubblica". **Le indicazioni raccolte anche nell'ambito del confronto con il CUG hanno consentito di delineare politiche e macro-obiettivi da conseguire nel medio periodo, a partire dai bisogni del personale.**

La nuova Direttiva prevede, inoltre, uno stretto collegamento, anche in termini di tempistiche di aggiornamento tra il PAP e il ciclo della Performance. Gli stessi confluiscono pertanto nell'ambito dell'adozione complessiva del "Piano Integrato di Attività e Organizzazione della Pubblica Amministrazione" (PIAO) inteso come documento unico di programmazione e governance.

Il PAP recepisce le misure introdotte per far fronte alle mutate esigenze generate dalla pandemia come, ad esempio, la consistente esperienza condotta in merito al lavoro da remoto sviluppata dall'inizio del periodo pandemico e le diverse iniziative a favore del benessere e della conciliazione tra vita e lavoro.

Il PAP costituisce parte integrante dell'insieme di azioni strategiche, inserite in una visione aziendale complessiva di sviluppo dell'organizzazione, dirette a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa anche alla luce delle nuove prospettive comunque emerse nel contesto emergenziale e del progressivo aumento della presenza femminile in sanità.

Gli obiettivi del PAP si ispirano ai seguenti principi:

- pari opportunità come condizione di uguale possibilità di riuscita o pari occasioni favorevoli;
- azioni positive come strategia destinata a stabilire l'uguaglianza delle opportunità;
- benessere organizzativo, promozione della sicurezza negli ambienti di lavoro e contrasto a ogni forma di violenza.

E in questa ottica, il Piano si articola nelle seguenti aree di intervento:

1. Sviluppo di politiche per l'equità e contro le discriminazioni e la violenza di genere;
2. Promozione del benessere organizzativo e conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro;
3. Promozione e sviluppo della cultura di genere e pari opportunità: comunicazione e formazione;
4. Definizione rapporti tra CUG e Direzione Aziendale ed altri organismi aziendali ed extra aziendali.

B) Gender Equality Plan

Il *Gender Equality Plan* (GEP) costituisce il documento progettuale e programmatico che si propone di valorizzare la piena partecipazione di tutte le persone alla vita lavorativa, favorendo la cultura del rispetto, il contrasto alle discriminazioni di genere e la promozione dell'effettiva uguaglianza di genere.

Esso costituisce, quindi, un insieme di impegni e azioni che mirano a promuovere l'uguaglianza di genere in un'organizzazione attraverso il cambiamento istituzionale e culturale.

Come noto la Commissione Europea da anni sta attuando azioni ed interventi mirati all'eliminazione delle disparità di genere e, recentemente - in occasione della pubblicazione dei nuovi bandi Horizon Europe -, ha previsto che l'Ente candidato al finanziamento disponga di un proprio G.E.P. conforme a requisiti minimi prima della firma del contratto con l'UE.

Parallelamente, e in analogia con Horizon Europe, anche il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) condiziona l'accesso ai finanziamenti per tutte le organizzazioni pubbliche e private anche all'adozione del G.E.P.

Proprio per i tempi particolarmente stretti dettati dall'U.E., gran parte delle Istituzioni nazionali - e tra queste la Monasterio - ha elaborato un primo documento suscettibile di modifiche ed integrazioni.

Al fine di soddisfare i criteri di ammissibilità previsti, sono indispensabili quattro requisiti obbligatori che hanno guidato il lavoro svolto dall'Ente nella predisposizione del presente Piano:

- Documento pubblico: il GEP deve essere pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente e comunicato all'interno dell'Ente stesso e deve evidenziare il concreto impegno dell'Istituzione per l'uguaglianza di genere, fissando obiettivi chiari e azioni e misure dettagliate per raggiungerli.
- Risorse dedicate: il GEP deve disporre di risorse e competenze dedicate in materia di uguaglianza di genere per l'attuazione del piano.
- Raccolta e monitoraggio dei dati. Viene effettuata una raccolta di dati disaggregati per sesso/genere sul personale con una rendicontazione annuale basata su specifici indicatori effettuando un monitoraggio e la relativa pubblicazione: il risultato di questo processo orienta gli obiettivi del GEP, la definizione degli indicatori e la valutazione continua dei progressi.
- Attività formative rivolte al personale: l'obiettivo è sensibilizzare e formare il personale sui temi legati alla dimensione di genere, alle pratiche per la parità e l'eguaglianza.

La Monasterio, da tempo, ha avviato un percorso di analisi e riflessione sulle tematiche dell'uguaglianza di genere e, allo scopo, ha predisposto il Piano allegato che verrà integrato in itinere, durante il periodo attuazione, da altri obiettivi ed azioni, anche in relazione alle attività del CUG aziendale.

Negli **Allegati 13 e 14** le schede relative al Piano delle Azioni Positive e al Gender Equality Plan

SEZIONE IV

MONITORAGGIO

MONITORAGGIO

In questa sezione sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio del PIAO ed i soggetti responsabili.

A tale scopo, fermi restando gli indicatori di esito per singole sottosezioni specificatamente definiti (in particolare "Valore pubblico" e "Performance, secondo le modalità stabilite dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del D.Lgs. n. 150/2009 e "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le indicazioni di ANAC) di seguito sono evidenziati gli elementi salienti di tale percorso.

Il suddetto processo, coerentemente al suo processo di formazione, vede direttamente coinvolto il "Gruppo di Lavoro per la predisposizione e il monitoraggio del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)" costituito con Delibera n. 613/2022.

È da sottolineare, come già indicato nella Sezione II del presente Piano, che il progetto in corso di revisione del modello di Controllo dell'Ente consentirà di disporre di un nuovo sistema di gestione e governo e consentirà di sistematizzare l'intero percorso di monitoraggio i cui passi essenziali vengono qui di seguito descritti.

Si riportano di seguito, per gli ambiti dati, i principali processi di monitoraggio attualmente previsti, evidenziando per ciascuno di essi, il riferimento e l'obiettivo del monitoraggio medesimo e rinviando ai singoli allegati al presente Piano per gli elementi specifici di gestione e controllo sopra menzionati.

a) Monitoraggio del valore pubblico e performance

| Ambito | Riferimento specifico | Obiettivo monitoraggio | Frequenza |
|--|---|--|-------------|
| Qualità dell'assistenza/ soddisfazione utenza | Facilitazione dei rapporti con gli utenti | Verifica dell'utilizzo degli strumenti tecnologici e comunicativi da parte dell'utenza (richieste informazioni on-line, utilizzo <i>app</i> , ecc.) anche al fine di un adeguamento degli stessi | Semestrale |
| | Monitoraggio reclami/segnalazioni URP | Presidio da parte della Direzione delle informazioni provenienti dagli strumenti di tutela | Trimestrale |
| | Monitoraggio qualità degli esiti | Consente, ricorrendo alle analisi svolte a livello aziendale e da parte di Enti terzi, di monitorare la qualità delle attività cliniche | Trimestrale |
| | Sistema di valutazione della performance | Valutazione multidimensionale della performance dell'Ente e degli altri Enti del SSR, con l'identificazione dei punti di forza e debolezza | Annuale |
| | Accreditamento JCI | Verifica processi di lavoro finalizzati all'ottenimento della certificazione ed al suo mantenimento | Mensile |
| Qualità e Governo della Ricerca | Monitoraggio della produzione scientifica e dei finanziamenti acquisiti per attività di ricerca (in particolare | Valutazione dell'andamento dell'attività scientifica a livello aziendale e di singola struttura organizzativa | Semestrale |

| | | | |
|-------------------------|--|--|----------------|
| | in riferimento a bandi competitivi) | | |
| Ciclo della Performance | Processo di formazione e controllo di Budget | Monitoraggio infra-annuale delle attività e del livello di perseguimento degli obiettivi assegnati alle singole strutture organizzative. | Quadrimestrale |

b) Monitoraggio dei rischi corruttivi e trasparenza

| Ambito | Riferimento | Obiettivo monitoraggio | Frequenza |
|----------------|--|--|----------------------------|
| Anticorruzione | Rispetto delle misure previste dal piano per il fronteggiamento di rischi corruttivi | Verifica dell'effettivo rispetto delle normative vigenti e delle misure prescritte dal Piano | Semestrale |
| Trasparenza | Assolvimento obblighi di pubblicazione e trasparenza | Verifica del rispetto delle normative vigenti in tema di trasparenza e delle indicazioni fornite dall'ANAC | All'evento/ Trimestrale |

c) Monitoraggio dell'organizzazione e capitale umano

| Ambito | Riferimento | Obiettivo monitoraggio | Frequenza |
|--------------------|---|--|-------------|
| Dotazione organica | Monitoraggio risorse umane | Monitoraggio della spesa per il personale con periodico resoconto alla Regione | Mensile |
| Clima interno | Monitoraggio del clima interno con le indagini periodiche effettuate dalla Scuola Superiore "S. Anna" per conto della Regione Toscana | Finalizzato a valutare eventuali criticità evidenziate ed ad adottare conseguenti interventi volti a migliorare il benessere organizzativo | Pluriennale |
| Formazione | Monitoraggio attuazione Piano della Formazione | Finalizzato a verificare il raggiungimento dei valori soglia previsti per le varie attività formative | Semestrale |

Il Gruppo di Lavoro costituito per la predisposizione e il monitoraggio del PIAO, durante l'anno svolge un'azione di verifica complessiva e, in particolare, predispone proposte di adeguamento del presente Piano, in relazione a nuove disposizioni normative nazionali e/o regionali ed a indicazioni in tal senso della Direzione.