



# PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2023-2025

<b>PREMESSA</b>	<b>pag. 2</b>
<b>SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE</b>	<b>pag. 3</b>
<b>SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE</b>	<b>pag. 5</b>
2.1 Sottosezione di programmazione Valore pubblico	pag. 5
2.2 Sottosezione di programmazione Performance	pag. 31
2.3 Sottosezione di programmazione Rischi corruttivi e trasparenza	pag. 54
<b>SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO</b>	<b>pag. 54</b>
<b>3.1 Sottosezione di programmazione Struttura organizzativa</b>	<b>pag. 54</b>
3.1.1 Organizzazione	pag. 54
3.1.2 Organigramma e strategie per il triennio 2023-2025	pag. 59
3.1.3 Personale	pag. 61
3.1.4 Dirigenti - Il sistema degli incarichi	pag. 61
3.1.5 Personale del Comparto-Incarichi di funzione	pag. 67
<b>3.2 Sottosezione di programmazione Organizzazione del lavoro agile</b>	<b>pag. 80</b>
3.2.1 Livello di attuazione e sviluppo Lavoro Agile	pag. 80
3.2.1.1 Premessa	pag. 80
3.2.1.2 Dal POLA al PIAO	pag. 81
3.2.1.3 Livello di attuazione e sviluppo Lavoro Agile	pag. 82
3.2.2 Modalità attuative: condizionalità e fattori abilitanti	pag. 83
3.2.2.1 Misure organizzative (organizzazione del lavoro)	pag. 84
3.2.2.2 Piattaforme tecnologiche (dotazioni tecnologiche)	pag. 87
3.2.3 Competenze professionali (soggetti coinvolti e formazione)	pag. 87
3.2.3.1 Soggetti coinvolti	pag. 87
3.2.3.2 Formazione	pag. 89
3.2.4 Obiettivi all'interno dell'amministrazione con specifico riferimento ai sistemi di misurazione della performance	pag. 90
<b>3.3 Sottosezione di programmazione Piano triennale dei fabbisogni di personale</b>	<b>pag. 96</b>
<b>SEZIONE 4. MONITORAGGIO</b>	<b>pag. 96</b>



## DOCUMENTI ALLEGATI AL PIAO :

- Allegato 1) Piano delle azioni positive 2023-2025**
- Allegato 2) Tabella obiettivi generali /specifici – risultati attesi e monitoraggio**
- Allegato 3) Piano triennale prevenzione della corruzione e trasparenza**
- Allegato 4) Mappatura aree di rischio**
- Allegato 5) Collegato allo Statuto aziendale - organigramma**
- Allegato 6) Piano triennale dei fabbisogni di personale 2022-2024**

## PREMESSA

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

Il decreto-legge 31 dicembre 2021 n.228, convertito con modificazioni dalla legge 25 febbraio 2022 n.15, ha introdotto il **comma 6-bis**, il quale stabilisce che in sede di prima applicazione il Piano è adottato entro il 30 aprile 2022.

Inoltre, il **D.L. 30 aprile 2022 n.36** "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)", convertito con modificazioni dalla Legge 29 giugno 2022, n. 79 ha introdotto il **comma 7-bis**, secondo il quale "Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6".

Il quadro normativo è stato completato con l'approvazione dei provvedimenti attuativi previsti dai commi 5 e 6 del citato articolo 6. In particolare è stato emanato il **D.P.R. 24 giugno 2022 n.81** "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano Integrato di attività e organizzazione" con il quale sono stati individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione. Il **decreto 30 giugno 2022, n. 132** "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione" ha definito il contenuto del Piano, ivi incluse le modalità semplificate previste per le amministrazioni con meno di 50 dipendenti.

Infine, la **Circolare n.2/2022 (DFP-0076464-P-11/10/2022)** del Dipartimento della Funzione Pubblica fornisce indicazioni operative in materia di PIAO e, tra gli altri contenuti, evidenzia l'importanza del contributo che può essere apportato dalle amministrazioni pubbliche agli obiettivi legati al risparmio e all'efficientamento energetico e invita tutte le pubbliche amministrazioni a valutare l'opportuno inserimento, tra gli obiettivi della Sezione "Valore pubblico, performance, anticorruzione" del PIAO, di specifici obiettivi legati all'efficientamento energetico.

Nel PIAO confluiscono molti degli atti di programmazione cui è tenuta l'Azienda, con l'obiettivo di superare la frammentazione degli strumenti di programmazione in uso, a favore di una visione complessiva e integrata delle strategie da adottare e degli obiettivi da perseguire, in una prospettiva di semplificazione.



Per la definizione e l'adozione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) adottato nel 2022, La Direzione aziendale ha preso a riferimento il documento **“Rendicontazione 2021 e Strategie 2022-2024 dell'AOUS”** che formalizza le strategie aziendali per il triennio 2022-2024.

Il documento, definito a seguito di un iter ampiamente partecipato caratterizzato dal coinvolgimento di numerosi soggetti istituzionali ed organismi, è stato approvato con deliberazione aziendale n. 482 del 18/05/2022 e trasmesso alla Regione Toscana, che ne ha verificato la conformità alla programmazione sanitaria e sociale integrata regionale e lo ha approvato ai sensi dell'art. 23 della Legge R.T. n.40/2005 e ss.mm.i. con deliberazione G.R.T. n.1123 del 10/10/2022.

Il documento **“Rendicontazione 2021 e Strategie 2022-2024 dell'AOUS”** rappresenta il riferimento per il ciclo di programmazione aziendale e per il processo di budget dell'anno 2022 e **degli anni successivi**, è sottoposto a revisione annuale e, a scorrimento, viene aggiornata la strategia triennale.

## SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Nella tabella di seguito riportata sono sintetizzati i principali dati di attività prodotti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese nell'anno 2022 (con il confronto degli anni 2020 e 2021) relativamente ai seguenti ambiti organizzativi:

- Ricoveri Ordinari
- Ricoveri diurni (day hospital, day surgery)
- Trapianti
- Attività Chirurgica
- Pronto Soccorso
- Specialistica Ambulatoriale (prestazioni per pazienti Esterni ed Interni Ricoverati)



	2020	2021	2022 (provvisorio)
<b>ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO</b>			
Nr. Posti-Letto	635	582	550
Nr. Dimessi	19.134	21.002	20.722
- di cui DRG Chirurgici	9.754	10.861	11.126
- di cui DRG Medici	9.380	10.141	9.596
Peso Medio DRG Chirurgici	1,98	1,94	1,86
Peso Medio DRG Medici	0,76	0,78	0,75
Degenza Media	7,83	7,78	7,27
% Attrazione da Extra RT	12,4%	12,8%	13,3%
Nr. Ricoveri Alta Complessità	3.567	3.903	3.516
Nr. Parti	886	997	924
<b>ATTIVITA' DI RICOVERO DAY HOSPITAL/DAY SURGERY</b>			
Nr. Posti-Letto DH	72	67	80
Nr. Dimessi DH + Nr. Cicli Aperti DH	8.251	8.687	8.985
- di cui DRG Chirurgici	3.928	4.476	5.005
- di cui DRG Medici	4.323	4.211	3.980
<b>ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICA</b>			
Nr. Trapianti di Cuore	22	17	13
Nr. Trapianti di Polmone	9	12	13
Nr. Trapianti di Rene	39	36	25
Nr. Trapianti Midollo	36	39	45
<b>ATTIVITA' CHIRURGICA</b>			
Nr. Interventi Chirurgici in Elezione	10.522	11.959	12.371
Nr. Interventi Chirurgici in Urgenza	3.288	3.497	3.409
Nr. Interventi con tecnica Robot-assisti	208	239	352
<b>PRONTO SOCCORSO</b>			
Nr. Accessi Pronto Soccorso	40.313	46.650	53.169
<b>PRESTAZIONI</b>			
Prestazioni Ambulatoriali per Esterni	2.504.128	3.213.759	3.039.522
Prestazioni per Interni Ricoverati	2.339.178	2.671.073	2.496.619

<b>Denominazione dell'ente</b>	Azienda ospedaliero-universitaria Senese
<b>Tipologia giuridica</b>	Azienda del Servizio Sanitario Nazionale
<b>Partita IVA</b>	00388300527
<b>Indirizzo</b>	Strada delle Scotte 14 – 53100 Siena
<b>Telefono</b>	0577.585111 (centralino)
<b>E-mail</b>	dirgen@ao-siena.toscana.it



<b>PEC e-mail</b>	ao-siena@postacert.toscana.it	
<b>Url sito internet</b>	<a href="http://www.ao-siena.toscana.it/">http://www.ao-siena.toscana.it/</a>	
<b>Legale rappresentante (cognome, nome e-mail, telefono, cellulare)</b>	Direttore Generale-Prof. Antonio Davide Barretta	
<b>IBAN Conto corrente dedicato</b>	Banca Monte dei Paschi di Siena	IT02V0103014217000063271137
<b>IBAN Conto corrente postale</b>	Poste Italiane SpA	IT50R0760114200000012044533
<b>IBAN Pagamenti da parte di soggetti pubblici</b>	Banca d'Italia	IT74N0100003245318300306318

## SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

### 2.1 Sottosezione di programmazione Valore pubblico

L'Azienda ospedaliero-universitaria Senese (nel seguito anche AOUS) è azienda sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale e in particolare del Servizio Sanitario della Regione Toscana. È azienda ospedaliera integrata con l'Università degli Studi di Siena e si caratterizza l'attività assistenziale di ricovero, per prestazioni ambulatoriali specialistiche e attività d'emergenza urgenza.

La missione fondamentale dell'AOUS e la giustificazione stessa della sua esistenza consistono nel raggiungimento del più elevato livello di risposta alla domanda di salute, definita come recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale, in un processo che includa la didattica, come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione e la ricerca, volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche e biomediche. Al raggiungimento di tali obiettivi contribuiscono tutte le competenze scientifiche e cliniche.

L' AOUS è punto di riferimento e di attrazione d'Area Vasta, regionale e nazionale per le attività di alta specializzazione, svolgendo il ruolo di ospedale di base per i Comuni della Zona Senese, di ospedale di primo livello per la Provincia di Siena e di ospedale di secondo livello ai sensi del D.M. 70/2015 per l'Area Vasta con rilievo a livello regionale e nazionale; ha forte vocazione trapiantologica; è sede di numerosi centri di eccellenza e persegue gli obiettivi del S.S.R., propri di un'azienda di eccellenza anche attraverso:

- lo sviluppo e validazione di tecniche innovative, diagnostiche ed interventistiche e del loro uso appropriato, secondo procedure di Health Technology Assessment;
- la formazione mediante procedure di simulazione;
- la ricerca, lo sviluppo e la sperimentazione farmacologica e clinica;
- lo sviluppo e la sperimentazione dell'innovazione gestionale;
- la continuità dei percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali con il territorio, ricercando la massima collaborazione ed integrazione con la medicina generale e la pediatria di libera scelta, anche in collaborazione con l'Azienda sanitaria territoriale attraverso i sistemi d'informazione e



interconnessione informatica reciproca; a fine 2022 si è tenuto lo start-up della nuova piattaforma di Teleconsulto Medico Specialistico di Area Vasta che consente di poter richiedere dagli spoke del territorio specifiche consulenze per le varie specialità all'hub AOUS tramite le diverse "Stanze di Consulenza" permettendo così di strutturare ed efficientare ancora di più il processo consulenziale in ambito territoriale.

L' AOUS monitora costantemente la propria attività attraverso indicatori di performance relativi al proprio ruolo di centro di eccellenza del Servizio Sanitario Regionale (di seguito S.S.R.), di centro di riferimento dell'Area Vasta e di ospedale zonale.

Nel corso del triennio 2023-2025, in occasione dell'aggiornamento annuale del Piano, saranno definiti o aggiornati specifici obiettivi di semplificazione delle procedure, sia per le strutture tecnico-amministrative che per quelle sanitarie, anche sulla base degli esiti dei sistemi di monitoraggio in essere in Azienda e rappresentati nella sezione 4-Monitoraggi.

In particolare, per le procedure amministrativo-contabili, facendo riferimento al sistema di monitoraggio "Percorso attuativo di certificabilità (PAC) - Attività di internal auditing e Revisione Manuale delle procedure amministrativo-contabili", potranno essere forniti dal Comitato Aziendale di Controllo Interno in accordo con la Direzione Aziendale, i criteri e le indicazioni affinché le strutture aziendali possano individuare le procedure da semplificare negli ambiti di propria competenza.

Il **Valore Pubblico** generato dall'azione amministrativa, genericamente inteso come l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo, tenuto conto della natura, delle finalità istituzionali e statutarie dell'AOUS, è definito con riferimento alle seguenti specifiche dimensioni:

- 1) Innovazione organizzativa finalizzata al miglioramento dei percorsi di cura**
  - Programmazione, gestione e monitoraggio dei percorsi ambulatoriali e chirurgici
  - Consolidamento e sviluppo delle attività e dei percorsi nell'ambito dei programmi di trapianto
  - Razionalizzazione della struttura organizzativa e progetti di riorganizzazione
- 2) Valorizzazione delle risorse umane**
  - Promozione del benessere organizzativo attraverso la sistematizzazione dei processi di programmazione, gestione, valutazione e sviluppo delle risorse umane
- 3) Comunicazione e informazione**
  - Comunicazione e informazione: dalla multicanalità ai social network per fare rete. Dalla comunicazione verso il cittadino alla comunicazione con il cittadino
- 4) Accessibilità digitale**
- 5) Accessibilità fisica e sostegno ai soggetti fragili**
- 6) L'empowerment dei pazienti e la co-produzione dei servizi**
  - Coinvolgimento di pazienti e volontariato nei percorsi di cura e nei processi di governo dell'AOU Senese
- 7) Governo organico dei processi di ristrutturazione e ammodernamento dell'ospedale**
  - Piano di riordino e sviluppo degli interventi (Master Plan)



## 8) Riduzione dell'impronta ambientale dell'AOUS e risparmio energetico

- *Attuazione del partenariato pubblico-privato per l'efficientamento energetico dell'ospedale*
- *Favorire l'uso del trasporto pubblico, rinnovo del parco auto*

## 9) Consolidamento della rete di offerta sanitaria e assistenziale integrata di Area Vasta

- *Processo di programmazione integrata tra AOU Senese e Azienda USL TSE: il piano 2023-2025*

Per ognuna delle dimensioni indicate, sono di seguito sinteticamente rappresentate, anche in forma tabellare, le modalità e le azioni finalizzate, nel triennio di riferimento, a perseguire e realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, da parte dei cittadini/utenti, con particolare riferimento agli ultrasessantacinquenni e ai cittadini con disabilità.

### 1) Innovazione organizzativa finalizzata al miglioramento dei percorsi di cura

- *Programmazione, gestione e monitoraggio dei percorsi ambulatoriali e chirurgici*

La centralizzazione del governo dell' "Area percorsi chirurgici" e dell' "Area percorsi ambulatoriali" ha portato alla definizione e formalizzazione in azienda di ruoli e funzioni (i.e. gestione operativa) dedicati a presidiare la programmazione, la gestione e l'allocazione delle risorse necessarie allo svolgimento delle attività clinico-assistenziali nell'ambito dei percorsi di cura dei pazienti. **L'ottimizzazione della gestione dei percorsi chirurgici e ambulatoriali in azienda richiede un'attenta pianificazione delle piattaforme produttive condivise** (i.e. sale operatorie, posti letto, ambulatori), il **monitoraggio continuo del loro efficiente utilizzo** per individuare e applicare misure correttive, la **programmazione dell'attribuzione delle risorse** ed il presidio dei processi di negoziazione con i loro utilizzatori. L'AOU Senese è fortemente impegnata nella **sistematizzazione delle suddette attività per il raggiungimento degli standard di efficienza e produttività definiti a livello aziendale e regionale nonché per il governo ed il monitoraggio informato delle liste di attesa**.

Relativamente al percorso ambulatoriale, nel 2022 è stato approvato il **Regolamento per la gestione delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali dell'AOUS** (Delibera aziendale n. 355/2022) che disciplina le modalità di pianificazione e programmazione delle attività ambulatoriali, di prescrizione, prenotazione e sospensione delle prestazioni specialistiche, di gestione delle agende di prenotazione, di **monitoraggio sistematico degli indicatori di attività di programmazione ed erogazione per l'adozione tempestiva di azioni volte all'adeguamento dell'offerta ed al rispetto dei tempi di attesa**. L'istituzione di **sistemi di monitoraggio** è da rilevare quale una delle principali azioni intraprese dalla gestione operativa per l'attività ambulatoriale; in particolare, sono stati avviati:

1. il monitoraggio aziendale delle prestazioni di primo accesso in ambito di garanzia, con invii quindicinali di report ai Direttori di Unità Operativa interessati;
2. il monitoraggio silos aziendale dello stato di prenotazione delle agende di primo accesso ambito di garanzia rispetto all'offerta strutturata, anche per le agende aziendali non oggetto di monitoraggio regionale;
3. i monitoraggi ad hoc sulla presa in carico del paziente e su specifici indicatori ambulatoriali del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).



Inoltre, è proseguita l'attività di revisione delle agende CUP, con separazione netta delle stesse per la prenotazione delle prime visite ed i controlli, la rimodulazione degli slot di priorità sulla base della variabilità della richiesta, l'attivazione di agende dedicate per i pazienti barellati afferenti agli ambulatori ortopedici, l'attenzione da parte della Direzione Aziendale del miglioramento continuo della presa in carico del paziente con riferimento alle diverse fasi del percorso ambulatoriale (ad esempio, la prescrizione della visita di controllo o di follow-up successiva al primo accesso).

In termini di **volumi di visite ambulatoriali raggiunti nel 2022** i risultati di attività sono stati superiori al 2021 ed al 2019: in particolare il catchment index, rapporto tra volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte isoperiodo, ha raggiunto il 68% 2022 (67% nel 2021), a fronte di un valore regionale del 63,8% e le **prestazioni di prima visita erogate complessivamente nel 2022 sono state 35.524 (28.542 nel 2021 e 29.770 nel 2019)**; per le **prestazioni di diagnostica strumentale** si conferma lo stesso trend di miglioramento, con **54.407 primi accessi (44.966 nel 2021)** (fonte: monitoraggio Regione Toscana).

Per il triennio 2023-2025, la gestione operativa ambulatoriale garantirà la **continuità delle azioni di miglioramento intraprese** per renderle consolidate ed adottate sistematicamente nelle pratiche operative aziendali, in vista del perseguimento di obiettivi di **miglioramento continuo della "capacità di cattura" delle prescrizioni nel sistema di prenotazione** (i.e. catchment index almeno del 75%) e di **pieno rispetto dei tempi previsti per le prime visite**.

Alla continua applicazione dei meccanismi di governo dei percorsi e dei sistemi di monitoraggio, si affiancheranno **iniziative inter-aziendali promosse e realizzate con l'Azienda USL TSE alla luce delle linee strategiche inserite nella programmazione di Area Vasta per il triennio 2023-2025** (V. paragrafo su processo di programmazione integrata di Area Vasta), **l'aggiornamento del Regolamento per la gestione delle prestazioni specialistiche e ambulatoriali** con riferimento alla presa in carico delle visite di controllo, il **perfezionamento del sistema informatizzato per il monitoraggio dei tempi di attesa**, la **revisione degli spazi ambulatoriali** per una omogeneizzazione dei percorsi anche all'interno del processo di definizione e affinamento del piano di riordino e sviluppo volto all'ammodernamento ed alla riqualificazione dell'intera struttura ospedaliera (V. paragrafo su Master Plan).

Con riferimento alla gestione operativa chirurgica, sulla base del quadro di regole e procedure definite all'interno del **Regolamento del blocco operatorio approvato nel 2022** (Delibera aziendale n. 237/2022), il governo del percorso chirurgico viene realizzato attraverso la **programmazione e assegnazione puntuale delle sedute sulla base della priorità delle liste di attesa chirurgiche e delle risorse di sala operatoria** per mantenere **l'allineamento tra domanda e offerta di interventi di patologia oncologica, e non, di tutte le specialistiche**, **l'organizzazione ed il controllo delle attività dei blocchi operatori in termini di impiego di risorse** (professionali, strutturali e tecnologiche), e soprattutto un monitoraggio sistematico volto ad individuare tempestivamente le criticità emergenti. Nell'ambito delle **attività di monitoraggio**, il team di gestione operativa invia settimanalmente ai Direttori di Unità Operativa chirurgica report di monitoraggio sull'utilizzo delle ore assegnate di sala operatoria dove per ogni blocco operatorio vengono riportate diverse misure di performance (tra le quali: andamento generale dell'attività del blocco di afferenza, numero di ore assegnate/utilizzate, numero di interventi urgenti e emergenti, *first case tardiness*, durata dei cambi, durata degli sforamenti) insieme alle potenziali non conformità evidenziate (i.e. ritardo di inizio seduta, fine anticipata della seduta, sfioramento





dell'orario della seduta, tempo di cambio prolungato, intervento programmato saltato, operato paziente non in lista operatoria, mancato rispetto dell'ordine di lista, seduta salata); in un'ottica di condivisione e miglioramento continuo, per ciascuna non conformità viene richiesto al Direttore interessato un riscontro al fine di poter procedere alle analisi di processo ed allo sviluppo delle necessarie azioni correttive.

Contestuale al suddetto sistema di monitoraggio delle attività di sala operatoria, il team della gestione operativa effettua un costante **monitoraggio delle liste di attesa, in particolare oncologiche**.

Il governo del percorso chirurgico ha consentito di raggiungere, nel corso del 2022, una maggiore **ottimizzazione degli spazi di sala operatoria**, attraverso scelte organizzative flessibili in funzione della situazione epidemiologica correlata al COVID, arrivando ad **assegnare oltre 900/ore a settimana di alta, media e bassa complessità chirurgica** (fonte: gestione operativa chirurgica). La necessità di garantire flessibilità nelle scelte di organizzazione e gestione dei percorsi, a fronte dell'evoluzione dell'andamento pandemico, ha portato **alla definizione sistematica ed all'attivazione di piani di escalation/de-escalation dei ricoveri COVID**, i quali disciplinano la chiusura/apertura di posti letto di chirurgia elettiva e l'incremento/decremento dei volumi di attività chirurgica con la riprogrammazione delle attività non urgenti.

Relativamente all'attività di chirurgia ambulatoriale, a seguito di lavori di adeguamento che hanno reso disponibile una sala operatoria dedicata esclusivamente all'attività di chirurgia ambulatoriale, sono state **incrementate di 48 ore complessive settimanali l'attività chirurgica ambulatoriale a disposizione di tutte le Unità Operative e di 12 ore settimanali l'attività di Day Surgery a disposizione della UOC Ginecologia** (fonte: gestione operativa chirurgica). Anche nel 2022 sono proseguite le prestazioni chirurgiche aggiuntive in regime di day surgery/ordinario nella giornata di sabato per molteplici discipline (i.e. chirurgia generale, ortopedia, chirurgia oncologica della mammella, chirurgia toracica).

Ai fini di un maggior **potenziamento della chirurgia robotica**, sono stati definiti obiettivi di budget per le strutture interessate da tali attività e **assegnate 12 ore di sala robotica al giorno alle diverse discipline chirurgiche che fanno uso del robot**, permettendo di realizzare **352 interventi nel periodo gennaio-dicembre 2022 (239 nell'intero 2021)** (fonte: monitoraggio UOC Controllo di Gestione – dato 2022 provvisorio).

La chirurgia robotica, insieme a quella pediatrica, sono state oggetto di intese raggiunte nel 2022 con l'Azienda USL TSE con **l'attivazione di percorsi inter-aziendali** per l'erogazione di prestazioni di chirurgia robotica con l'istituzione di equipe chirurgiche miste e prestazioni di chirurgia pediatrica in elezione presso i presidi ospedalieri sul territorio da parte dei chirurghi pediatri dell'AOU Senese. **Da giugno a dicembre 2022 il numero di interventi effettuati in equipe miste è stato pari a 17 interventi** (13 in urologia e 4 in ginecologia) (fonte: monitoraggio UOC Controllo di Gestione – dato 2022 provvisorio).

In termini di volumi di attività chirurgica complessivi, da gennaio a dicembre 2022 sono stati effettuati **12.371 interventi in elezione** (11.959 nel 2021) e **3.409 in urgenza** (fonte: monitoraggio Controllo di Gestione – dato 2022 provvisorio).



Per il triennio 2023-2025, le **azioni per la programmazione, governo e monitoraggio dei percorsi chirurgici saranno ulteriormente rafforzate e applicate sistematicamente** per garantire il continuo **incremento dei volumi di attività, pari ad almeno quelli del 2019, e l'abbattimento delle liste di attesa.**

Le leve di intervento interesseranno diverse dimensioni, tra le quali:

- **l'aggiornamento del Regolamento del blocco operatorio** con riferimento a specifici ambiti chirurgici (chirurgia robotica e pediatrica);
- **l'ottimizzazione dell'utilizzo dei blocchi operatori** continuando ad incrementare le ore settimanali di sala operatoria;
- **la revisione del percorso di pre-ospedalizzazione;**
- **l'attivazione di ulteriori aree di Recovery Room** per il monitoraggio prolungato post-operatorio;
- **la valutazione della fattibilità tecnico-economica sull'introduzione del sistema RFID in sala operatoria** per il tracciamento del percorso del paziente **nonché dello strumentario chirurgico;**
- il sistematico **inserimento di obiettivi su volumi di attività chirurgica all'interno delle schede di budget delle Unità Operative chirurgiche;**
- la continuità e lo sviluppo continuo dei percorsi inter-aziendali a livello di Area Vasta previsti nell'ambito della programmazione triennale integrata tra l'AOU Senese e l'Azienda USL TSE (V. paragrafo su processo di programmazione integrata di Area Vasta).

▪ *Consolidamento e sviluppo delle attività e dei percorsi nell'ambito dei programmi di trapianto*

L'AOUS rappresenta un **polo regionale per l'attività di trapianto**, caratterizzandosi quale **unico centro in Regione Toscana per il trapianto di cuore ed il trapianto di polmone** a cui si aggiungono le attività trapiantologiche di rene, cornea e midollo osseo.

Nel corso del 2022 l'AOUS ha proseguito nel percorso di **consolidamento e sviluppo continuo dell'attività trapiantologica**, nell'ambito dei programmi di trapianto, attraverso:

- la **definizione di nuovi PDTA;**
- **l'attivazione di ulteriori accordi inter-aziendali per il rafforzamento della rete trapiantologica regionale** (i.e. "Accordo per attività chirurgica nell'ambito del trapianto di polmone tra AOUS e AOUP" approvato con Delibera aziendale n. 102/2022);
- il **consolidamento dell'assetto organizzativo e dei ruoli e responsabilità** all'interno dei programmi;
- la **continuità dell'attività del coordinamento aziendale dei trapianti** come snodo centrale dell'attività trapiantologica aziendale;
- la **redazione e approvazione dei documenti strategici dei Centri Trapianto AOUS di polmone, cuore e rene per il triennio 2022-2024** (Delibere Aziendali nn. 622/2022, 861/2022, 1067/2022).

Nel 2022 i **tre programmi regionali di trapianto di polmone, cuore, rene sono stati autorizzati con decreto dirigenziale della Regione Toscana** e le successive **site visit realizzate dall'Organismo tecnicamente accreditante (OTA\_trapianti)** hanno attestato il possesso dei requisiti autorizzativi e di accreditamento.

In termini di volumi di attività, nel 2022 sono stati realizzati **96 interventi di trapianto**, i cui 13 trapianti di cuore, 13 trapianti di polmone, 25 trapianti di rene, 45 trapianti di midollo (fonte: monitoraggio UOC Controllo di Gestione – dato 2022 provvisorio).



L'AOUS per il triennio 2023-2025 darà **continuità alle azioni intraprese confermando la centralità dell'attività trapiantologica nelle strategie aziendali.**

Per i Centri di Trapianto AOUS di Polmone, Cuore, Rene i succitati **documenti programmatici hanno individuato gli obiettivi da perseguire** a partire da un'attenta analisi della situazione *as is* e dalla definizione dei punti di forza e debolezza del modello organizzativo esistente (relativamente a: performance, risorse umane, spazi, assetto organizzative, procedure, collaborazioni intra e interaziendali, rapporti con le associazioni di pazienti, ricerca, formazione dei professionisti), dalle cui risultanze si sono **delineati i piani di implementazione e sviluppo operativo** per il raggiungimento degli obiettivi individuati ed il miglioramento continuo delle performance organizzative.

Le azioni dei Centri di Trapianto AOUS, in linea con quanto previsto dai documenti programmatici aziendali e dalle linee di indirizzo regionali, saranno volte ad **incrementare i volumi produttivi, migliorare l'utilizzo efficiente delle risorse e gli outcome, consolidare la dimensione inter-aziendale dei Centri** in un'ottica di **rafforzamento della rete trapiantologica regionale**, e si sostanzieranno:

1. nella **continua definizione e aggiornamento dei percorsi aziendali e inter-aziendali**;
2. nel **potenziamento e adeguamento dell'assetto organizzativo e delle specifiche responsabilità** di ogni programma a obiettivi e funzioni;
3. nella **valorizzazione dell'interazione multi-disciplinare** tra i professionisti **all'interno e all'esterno dell'azienda**;
4. nel **potenziamento delle risorse umane** per favorire piani di reintegro di personale qualificato anche attraverso accordi con l'Università di Siena;
5. nella **formazione in ambito trapiantologico**;
6. nel **coinvolgimento delle associazioni di pazienti e volontariato per la promozione di iniziative di informazione, consultazione e collaborazione** all'interno del progetto aziendale dedicato alla partecipazione dei pazienti e del volontariato nei percorsi di cura e processi di governo aziendale (V. paragrafo su coinvolgimento di pazienti e volontariato);
7. nell'**ottimizzazione e razionalizzazione degli spazi e dell'uso delle tecnologie** a supporto dei processi di cura.

Oltre all'attuazione delle strategie inserite nei tre documenti programmatici, l'AOUS nel corso del triennio 2023-2025 adotterà e applicherà il **documento strategico inerente al procurement degli organi.**

- *Razionalizzazione della struttura organizzativa e progetti di riorganizzazione*

Nel progettare l'organizzazione è fondamentale assicurare che le strutture e le relazioni siano definite funzionalmente alla tipologia e caratteristiche delle attività che devono essere svolte per rendere più efficiente ed efficace l'erogazione dei servizi ed il lavoro dei professionisti.

L'AOU Senese ha avviato, a partire dal 2021, un importante **processo di riorganizzazione interna volto a razionalizzare il numero delle UU.OO.**, anche in applicazione di quanto previsto dal DM 70/2015 in merito all'ottimale numerosità rispetto a fabbisogni di cura e bacino di utenza. Relativamente al perseguimento di questo obiettivo, si è agito sulle difficoltà organizzative conseguenti alla scelta di suddividere ambiti organizzativi in cui operano "discipline omogenee", con ripercussioni in termini di impiego razionale delle risorse, anche di personale, tra le diverse



aree. Per ovviare a tale criticità organizzativo-gestionale, è stato intrapreso, e continuerà ad essere sviluppato, un **percorso di accorpamento di strutture “affini” in termini di tipologia/area di attività e obiettivi adottando specifiche scelte di riorganizzazione all’interno della Direzione Aziendale e dei Dipartimenti ad Attività Integrata**. Di seguito le principali realizzate nel 2022:

- accorpamento della UOC Diagnostica cardiovascolare con la UOC Cardiologia clinico-chirurgica (UTIC) e l’istituzione della UOC Cardiologia (Delibera aziendale n. 214/2022);
- soppressione della UOSA Epatologia (Delibera aziendale n. 695/2022);
- soppressione dell’UOC Anestesia e rianimazione oncologica e dell’UOC Anestesia e rianimazione perioperatoria con conseguente istituzione della UOC Anestesia e rianimazione perioperatoria e generale (Delibera aziendale n. 727/2022);
- soppressione della UOSA Flebologia (Delibera aziendale n. 866/2022) e istituzione della UOS di Flebologia afferente alla UOC Chirurgia vascolare;
- soppressione della UOSA Controllo delle infezioni correlate all’assistenza con riconduzione delle relative funzioni alla UOC Igiene ed epidemiologia (Delibera aziendale n. 1019/2022);
- soppressione all’interno del DAI Scienze radiologiche dell’area intradipartimentale Immagini e istituzione dell’area interdipartimentale Diagnostica per immagini e radiologia interventistica (Delibera aziendale n. 1202/2022);
- accorpamento delle UOC Programmazione e monitoraggio e UOC Attività amministrative, gare e contratti in area tecnica afferenti al Dipartimento tecnico nella UOC Programmazione, monitoraggio e procedura di gara in area tecnica (Delibera aziendale n. 1202/2022);
- disattivazione del DAI Scienze Radiologiche e riallocazione delle strutture afferenti a DAI Scienze mediche, DAI Oncologico e DAI Emergenza-urgenza e dei trapianti (Delibera aziendale n. 1302/2022).

Tra le priorità strategiche definite ed in fase di sviluppo, l’AOUS è fortemente impegnata nella **riconfigurazione di importanti articolazioni aziendali**, con riferimento all’organizzazione interna ed alle modalità di assegnazione delle risorse.

È in corso la **definizione dei nuovi assetti del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche e del Dipartimento delle Professioni Tecnico-Sanitarie**, con la finalità di superare il modello di assegnazione funzionale delle risorse alle strutture dei Dipartimenti ad Attività Integrata e di orientarsi verso un **modello di assegnazione funzionale alle Aree o Piattaforme** che possono essere definite come aggregazioni di setting omogenei per tipologia di prestazioni, e/o intensità/complessità assistenziale.

**Alla fine del 2022 è stato avviato l’iter necessario ad apportare le modifiche allo Statuto aziendale e a partire dal 2023 troverà applicazione il nuovo modello organizzativo.**

La riorganizzazione inciderà sulla dimensione gestionale e professionale dei percorsi garantendo una **maggiore chiarezza dei ruoli nelle funzioni organizzative e di coordinamento**, la **facilitazione delle relazioni funzionali con i ruoli clinici**, la **disponibilità di competenze avanzate e specialistiche**, la **valorizzazione di meccanismi di integrazione** favorevoli per lo sviluppo continuo delle competenze.

Le scelte in termini di razionalizzazione della struttura organizzativa sono funzionali al superamento delle suddette criticità organizzativo-gestionali, al benessere organizzativo ma anche allo **sviluppo di innovativi modelli clinico-organizzativi di aree e servizi**, sempre più rispondenti agli obiettivi di qualità, sicurezza, appropriatezza della presa in carico e cura del paziente.

In un’ottica di miglioramento continuo dei percorsi clinico-organizzativi, l’AOU Senese ha avviato nel 2022 e svilupperà ulteriormente nel 2023 un **progetto di riorganizzazione delle terapie**



**intensive a livello aziendale che interessa le UU.OO. di Anestesia e Rianimazione collocate nei singoli Dipartimenti ad Attività Integrata ed aggregate funzionalmente nell'area inter-dipartimentale di Anestesia e Rianimazione.** Come per tutte le altre riprogettazioni e iniziative di cambiamento organizzativo avviate, è stato seguito un **approccio partecipato nelle diverse fasi di sviluppo della progettualità** che vede, insieme alla presenza costante della Direzione Aziendale, il coinvolgimento diretto dei professionisti dell'area inter-dipartimentale nella definizione di obiettivi e piani di azione.

Il progetto che interessa spazi, tecnologie, percorsi, persone, ha come finalità quella di rendere l'organizzazione dell'area inter-dipartimentale funzionale alla natura delle attività svolte che si connotano per una forte inter-dipendenza, flessibilità, modularità. Gli aspetti "hard" del progetto, legati alla dimensione strutturale e tecnologica, sono inclusi all'interno del Master Plan (V. paragrafo su Master Plan).

Nel corso del 2022, nell'ambito del progetto, sono state intraprese e concluse molteplici iniziative di riorganizzazione. In primo luogo, è stato reso operativo per tutte le UU.OO. dell'area il **modello organizzativo che prevede sia la gestione di posti-letto di terapia intensiva sia lo svolgimento di attività anestesiológica all'interno delle sale per garantire la continuità della presa in carico della fase pre e intra-operatoria e di quella post-operatoria in rianimazione.** È stata realizzata la **ridefinizione dei percorsi e delle aree di degenza da attribuire alle terapie intensive afferenti all'area interdipartimentale**, in funzione degli spazi, della logistica, dei volumi di attività e delle dotazioni di personale, per favorire la specializzazione delle singole strutture. Inoltre, si è proceduto a **garantire il mantenimento dell'afferenza delle attività degli specifici servizi di anestesia e terapie intensive ai PDTA di trapianto di cuore, rene e polmone**, capitalizzando l'expertise e le esperienze maturate nel corso degli anni, al fine di assicurare la continuità della presa in carico del paziente durante le diverse fasi del percorso assistenziale, da quella pre a quelle intra e post-operatoria.

A queste iniziative, alle quali l'AOU Senese darà continuità, si aggiungono altre che verranno implementate: **l'attivazione della modularità assistenziale su due livelli con letti di alta intensità e media intensità in tutte le terapie intensive; lo sviluppo di competenze rianimatorie pediatriche**, con attività formative multi-disciplinari all'interno e all'esterno dell'azienda, e la **definizione di un PDTA per la "gestione del bambino critico"**, con l'obiettivo di inserire professionisti con formazione e vocazione pediatrica nei gruppi dedicati alla gestione delle emergenze pediatriche a presidio sia dei percorsi esterni (accessi da Pronto Soccorso) sia di quelli interni (ricoveri presso setting ospedalieri).

Il riassetto organizzativo dell'area radiodiagnostica è stato perseguito attraverso **l'istituzione dell'Area interdipartimentale di Diagnostica per immagini e radiologia interventistica.** L'Area inter-dipartimentale, che risponde all'esigenza di valorizzare le interazioni e le sinergie tra le funzioni di diagnostica per immagini e la radiologia interventistica all'interno dell'azienda, è funzionale a garantire un appropriato presidio del coordinamento trasversale delle attività svolte dalle strutture afferenti all'Area, ognuna collocata in uno specifico Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), con l'obiettivo di agevolare il confronto e la discussione nonché una gestione sinergica e governata delle risorse (umane e tecnologiche) all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali.



Perseguendo l'obiettivo di **valorizzare sempre di più la funzione del Pronto Soccorso** quale porta di accesso all'ospedale, l'AOUS ha avviato un percorso di miglioramento continuo, che proseguirà nelle prossime annualità, agendo su diverse dimensioni organizzative.

In termini di spazi, sono in corso lavori ed interventi di ristrutturazione e ampliamento, funzionali a:

1. **separare il percorso pediatrico da quello dei pazienti adulti** per garantire una **gestione omogenea e continuativa del paziente pediatrico h24**;
2. **ottimizzare l'area della bassa intensità nella quale assicurare percorsi see and treat** per la presa in carico dei codici 4 e 5, a gestione prevalentemente infermieristica, già avviati alla fine del 2022;
3. **rendere la sala d'attesa più confortevole e qualificarla come spazio di comunicazione e informazione all'utenza, prevedendo un desk informativo di carattere amministrativo** che garantisca contatti diretti non solo con il personale di accoglienza ma anche con personale amministrativo formato dedicato.

Sempre nell'ottica di agevolare i percorsi dei pazienti a minore intensità, la cui gestione è un elemento determinante del buon funzionamento del Pronto Soccorso, si è proceduto a **revisare e proceduralizzare alcuni percorsi fast track per l'accesso diretto monospecialistico** (tra i quali: oculistica, dermatologia, otorino, ortopedia).

Anche la movimentazione dei pazienti nelle diverse fasi del percorso diagnostico è stata oggetto di specifica procedura.

Per **rendere il "Pronto Soccorso" e l'azienda pronti a gestire eventuali iper-afflussi**, sono state definite, con Delibera aziendale n. 813/2022, **misure preventive basate su un sistema di alert interno**, che può far scattare l'attivazione di un ulteriore setting di 12 posti letto destinato ad accogliere i pazienti in ingresso, e sulla **condivisione con il 118 e l'Azienda USL TSE di specifiche modalità di indirizzo sui Pronto Soccorso del territorio delle ambulanze con codici minori provenienti da fuori area senese** e di incremento del numero di ambulanze per i trasporti in fase di dimissione.

Nell'ambito dei sistemi aziendali di monitoraggio e controllo, è stato attivato **un monitoraggio settimanale sugli accessi in Pronto Soccorso** a presidio di diversi ambiti (fascia oraria, gravità di accettazione, residenza del paziente, problema principale, mezzo di arrivo, permanenza in PS) che si affianca ad altri **monitoraggi sistematici su fattori rilevanti nell'ambito delle dinamiche di funzionamento del Pronto Soccorso**, tra i quali: arrivi delle ambulanze e relativo tempo di stazionamento, matching domanda del Pronto Soccorso e offerta di posti letto delle aree medica e chirurgica, appropriatezza dell'invio dei pazienti in Osservazione Breve Intensiva.

Le evidenze che costantemente emergono e vengono acquisite dai sistemi di monitoraggio sono fondamentali per supportare i processi decisionali permettendo di individuare tempestivamente criticità e definire azioni di miglioramento, ma costituiscono anche una base di **confronto all'interno di tavoli inter-aziendali di Area Vasta, a livello di Direzioni Aziendali e di strutture di Pronto Soccorso**.

Per rafforzare la rete dell'emergenza-urgenza nell'Area Vasta si sta portando avanti un **lavoro congiunto tra AOUS e AUSL finalizzato a garantire l'utilizzo efficace, efficiente e appropriato del Pronto Soccorso delle due Aziende ottimizzando e razionalizzando percorsi di "centralizzazione" e "decentralizzazione"**, in linea con gli obiettivi strategici individuati nel processo di programmazione di Area Vasta (V. paragrafo su processo di programmazione integrata di Area Vasta).



Diverse sono le **iniziative nate dal confronto continuo promosso con le Associazioni di Volontariato**, sempre più coinvolte nelle attività dell'ospedale, per analizzare i servizi e definire congiuntamente soluzioni condivise al fine di migliorare la risposta sanitaria e la soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini; all'interno del progetto aziendale sul coinvolgimento (V. paragrafo su coinvolgimento di pazienti e volontariato), è stato inserito il **protocollo d'intesa siglato con il volontariato del trasporto sanitario** che ha istituito un tavolo di confronto periodico per la discussione congiunta di cambiamenti organizzativi funzionale anche alla definizione di procedure aziendali condivise.

A partire dall'inizio del 2022, è stato **attivato il servizio Colibrì**, un'ambulanza con equipaggio dedicata esclusivamente alle dimissioni ospedaliere dal Pronto Soccorso, utile per ottimizzare i percorsi di ingresso e l'uscita.

Il miglioramento continuo non può prescindere da un'**attenzione particolare agli aspetti relazionali che l'AOUS sta garantendo attraverso specifici percorsi di formazione per medici e infermieri**, l'elaborazione di procedure aziendali in tema di comunicazione ai pazienti e familiari, l'analisi sistematica dei reclami pervenuti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

## 2) Valorizzazione delle risorse umane

- *Promozione del benessere organizzativo attraverso la sistematizzazione dei processi di programmazione, gestione, valutazione e sviluppo delle risorse umane*

La valorizzazione delle risorse umane è una delle linee di sviluppo organizzativo all'interno delle strategie aziendali e la definizione, applicazione e monitoraggio di procedure e strumenti di regolamentazione ne consente di presidiare i diversi ambiti, dalla programmazione dei fabbisogni al benessere organizzativo.

Le aree di intervento descritte rappresentano le principali linee di sviluppo strategico e operativo che l'azienda continuerà a perseguire nel triennio 2023-2025.

Nel 2022 è stata data **continuità all'attuazione degli strumenti guida per i processi di programmazione e monitoraggio delle procedure di reclutamento**, insieme agli **strumenti per un efficace controllo interno** utile all'individuazione tempestiva di contesti di eventuale sofferenza organizzativa su cui intervenire.

È stata applicata, secondo un approccio partecipativo basato sul principio della governance dipartimentale, la **procedura per la determinazione del fabbisogno di risorse umane**, alla base della predisposizione del **Piano triennale dei fabbisogni di personale 2022-2024** (approvato con Delibera aziendale n. 1232/2022), ed è stata adottata la **procedura funzionale alla programmazione dei ruoli universitari da convenzionare** (i.e. procedura aziendale "Determinazione del fabbisogno di risorse umane – personale universitario in convenzione) seguita dall'approvazione dell'**accordo con l'Università di Siena per la definizione della programmazione triennale e del relativo finanziamento dei posti e contratti di docenza di area sanitaria destinata all'attività assistenziale (convenzionamento) presso l'AOU Senese** (Delibere aziendali nn. 588/2022 e 1020/2022). Le **Rappresentanze Sindacali sono state coinvolte in incontri preventivi alla elaborazione del Piano triennale dei fabbisogni**.



Sono state completate **le procedure di stabilizzazione per la dirigenza e per il comparto** previste nel Piano Triennale dei fabbisogni di personale 2022-2024 per l'anno 2022, ai sensi dell'art. 20 c. 1 D.Lgs. 75/2017 e s.m.i. e dell'art. 1 c. 268 lett. B L. 234/2021 e s.m.i..

Sul piano dei **processi di responsabilizzazione delle risorse umane e rafforzamento dell'assetto organizzativo**, è stato **completato l'assetto organizzativo degli incarichi del comparto** ed è in **corso di completamento l'assetto degli incarichi dirigenziali**.

Il **regolamento per la graduazione delle posizioni della dirigenza dell'area sanità è stato oggetto di aggiornamento** con la **revisione dei criteri per la pesatura delle strutture complesse (UOC) e l'introduzione di un sistema di graduazione delle strutture semplici a valenza dipartimentale (UOSA)** (Delibera aziendale n. 307/2022).

**Modifiche e integrazioni hanno interessato anche il regolamento per l'istituzione, la graduazione, il conferimento e la revoca degli incarichi di funzione del personale del comparto** (Delibera aziendale n. 480/2022 e sm.i.).

È stata **completata per la dirigenza l'attività di verifica ad opera dei Collegi Tecnici** secondo quanto previsto dalle disposizioni contrattuali ed il conferimento di tutti gli incarichi banditi nel 2021, mentre **per il comparto l'attribuzione degli incarichi di coordinamento**.

**L'assegnazione funzionale del personale del comparto, per dipartimento/area/struttura e/o ambito organizzativo, è stato oggetto di monitoraggio mensile** per individuare i contesti di sofferenza organizzativa.

È stato poi **approvato il regolamento aziendale per la graduazione delle posizioni della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa (PTA)** (Delibera aziendale n. 484/2022).

Si è proseguito nel **costante monitoraggio delle strutture vacanti** coperte mediante incarichi di facente funzione o l'assegnazione di incarichi ad interim in vista di stabili assegnazioni degli incarichi di responsabilità gestionale che ha prodotto la **copertura nel 2022 di 8 strutture** (Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche, UOC Gastroenterologia ed endoscopia operativa, UOSA Neurologia perioperatoria e post-critica, UOC Immunoematologia e Servizio Trasfusionale, UOSA Broncoscopia Diagnostica e Interventistica, UOC Sistema di Gestione e Riscossione Ticket, UOC Chirurgia dei Trapianti di Rene, UOC Laboratorio Patologia Clinica).

Lo sviluppo **di un sistema di valutazione della performance individuale**, inserito all'interno di un processo di revisione del sistema di valutazione aziendale, è stato definito e sarà oggetto di confronto all'interno dell'azienda e con le organizzazioni sindacali.

**La valorizzazione delle attività dei professionisti continuerà ad essere perseguita attraverso l'individuazione e sviluppo di strumenti innovativi**; ad esempio, sul piano dell'assistenza infermieristica, verranno individuati set di indicatori per la valutazione dell'impatto dell'assistenza sulla qualità delle cure in specifici setting assistenziali.

**Per accrescere la responsabilizzazione in termini di gestione delle risorse, con riferimento agli spazi, si è proceduto alla loro assegnazione ai Direttori di Dipartimento** a seguito della mappatura delle destinazioni d'uso (Delibera aziendale n. 792/2022).

Nell'ottica di promozione del benessere dei dipendenti è stato adottato il **regolamento aziendale sullo smart working**, a seguito della cessazione dello stato di emergenza, per garantire una disciplina omogenea di gestione del lavoro agile (Delibera aziendale n. 1360/2022) ed il **Piano**





**degli spostamenti casa-lavoro (PSCL) - anno 2022-2026** che ha individuato diverse misure da implementare per favorire l'uso del trasporto pubblico, disincentivare l'uso individuale dell'auto privata e favorire la mobilità ciclabile e/o la micromobilità (Delibera aziendale n. 1297/2022).

Le **indagini annuali sul benessere organizzativo e sullo stress lavoro correlato**, avvalendosi di scale validate dalla letteratura scientifica, sono state informatizzate ed espletate attraverso una piattaforma dedicata di web-survey. L'analisi e la valutazione delle risultanze delle indagini sarà realizzata nell'ambito processo partecipato che vedrà il **coinvolgimento delle organizzazioni sindacali**.

È stato avviato un processo di predisposizione del **Gender Equality Plan** (Piano di Uguaglianza di Genere), documento programmatico di promozione delle pari opportunità e dell'inclusione all'interno dell'azienda, in applicazione del quale saranno individuate e sviluppate specifiche iniziative.

Le attività del **Punto di Ascolto aziendale** continuano a fungere da riferimento per i professionisti garantendo orientamento, consulenza e supporto a contrasto delle situazioni di malessere e disagio che influiscono sullo stato di salute e sull'attività lavorativa.

In termini di **opportunità formative**, nell'ambito della pluralità di corsi programmati e realizzati secondo quanto previsto dal Piano Annuale della Formazione diverse sono le **iniziative sviluppate a supporto della realizzazione di specifici progetti di miglioramento organizzativo, quali ad esempio quelle sulla gestione delle criticità relazionali in Pronto Soccorso** (V. paragrafo su razionalizzazione della struttura organizzativa e progetti di riorganizzazione), **così come quelle a valenza inter-aziendale condivise con ESTAR e l'Azienda USL TSE** (V. paragrafo su processo di programmazione di Area Vasta), nell'ottica di continua promozione delle **opportunità di scambio di pratiche e di sinergie inter-aziendali in termini di formazione e sviluppo professionale**.

Verrà definito e attuato un **progetto di accoglienza dei neoassunti e un sistema di mappatura delle competenze esteso a tutti i profili professionali** con l'obiettivo di allocare le risorse umane negli ambiti organizzativi più idonei in funzione delle aspettative dei dipendenti e della valorizzazione delle esperienze acquisite.

L' Azienda Ospedaliero Universitaria Senese, consapevole dell'importanza di dotarsi di uno strumento strategico sulle azioni positive, **adotta il Piano delle Azioni Positive**, di durata triennale che si pone, in linea con i più ampi contenuti del PIAO, i contenuti del Piano della performance e del Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, come strumento per poter attuare le politiche di genere di tutela dei lavoratori e come strumento indispensabile nell'ambito del generale processo di riforma della P.A., diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

## **Allegato 1) al PIAO: Piano delle azioni positive 2023-2025**

### **3) Comunicazione e informazione**

- *Comunicazione e informazione: dalla multicanalità ai social network per fare rete. Dalla comunicazione verso il cittadino alla comunicazione con il cittadino*



Nel corso del 2022 l'AOUS ha ulteriormente potenziato le relazioni esterne, istituzionali e le attività di informazione e comunicazione, rafforzando le relazioni con i propri stakeholders e tracciando percorsi condivisi e partecipativi che saranno ulteriormente potenziati nel 2023.

Al fine di dare un programma organico alle attività di informazione e comunicazione nel 2022 è stato elaborato il **Piano di Comunicazione Aziendale**, un documento che rappresenta lo strumento di programmazione per la pianificazione, il coordinamento e il monitoraggio delle attività di informazione e comunicazione, partendo dal presupposto che comunicazione e informazione rappresentano per l'AOUS leve strategiche per il miglioramento continuo e per accompagnare l'organizzazione nei processi di cambiamento organizzativo, favorendo la condivisione di scelte strategiche, obiettivi e progetti in modo da agevolare e migliorare la partecipazione attiva degli utenti ai processi decisionali. Tra gli obiettivi del piano: ottimizzare i processi lavorativi all'interno dell'organizzazione; migliorare i servizi e potenziare la conoscenza e la partecipazione dei cittadini; garantire la trasparenza, il diritto di accesso e le informazioni sulle attività dell'Azienda ospedaliero – universitaria Senese; promuovere azioni specifiche per garantire la piena integrazione tra le attività di ricerca, didattica e assistenza, in condivisione con i Dipartimenti aziendali, l'Università degli Studi di Siena e in sinergia con la Regione Toscana.

Il piano di comunicazione, che verrà aggiornato anche nel 2023, è stato adottato con delibera del direttore generale n.453 del 05-05-2022 ed è stato redatto in base ad una specifica **procedura aziendale**, adottata con la delibera n. 446 del 04-05-2022, condivisa all'interno con i Dipartimenti e le UUOO di area tecnica-amministrativa, per le modalità di redazione, monitoraggio, verifica e aggiornamento del Piano di Comunicazione.

Sono stati organizzati dall'Ufficio Stampa e Comunicazione numerosi **eventi istituzionali** per stakeholders e professionisti, le Agorà della Salute con il Comitato di Partecipazione, la programmazione culturale di Agorà Aou Senese, una mostra di arte "Siena Invicta", eventi specifici istituzionali dedicati ai programmi trapianto, numerose **conferenze stampa** di presentazione di particolari progettualità aziendali, oltre **220 comunicati stampa**, oltre **80 video** informativi autoprodotti e disponibili sul canale YouTube dell'AOUS con circa 130mila visualizzazioni in totale, e **oltre 60 interviste organizzate** con top management e professionisti dell'AOUS sui mass media. E' stata data inoltre puntuale informazione sull'evolversi della situazione pandemica con la comunicazione in tempo reale, 7 giorni su 7, dell'andamento dei ricoveri. E' stata inoltre particolarmente attiva la **produzione editoriale** con la realizzazione della newsletter aziendale "**Le Scotte InForma**", a cadenza mensile e disponibile in formato pdf sul sito aziendale, e la produzione di carte di accoglienza di reparto e opuscoli informativi dedicati ai pazienti su molteplici attività assistenziali, per orientare meglio l'utenza, attività che proseguiranno anche nel 2023. E' inoltre in programma la realizzazione di un libro dedicato alle esperienze dei pazienti ricoverati per Covid, utilizzando la modalità dello **storytelling** in modalità interattiva.

Un particolare investimento è stato realizzato nella comunicazione web e social.

I profili social istituzionali **Twitter**, **Instagram** e **Youtube** sono ulteriormente cresciuti nel 2022, e hanno avuto rispettivamente un incremento di follower, rispetto al 2021, pari a circa il 27%, 25% e 33%.

Inoltre l'AOUS si è dotata di un **regolamento "Social Media Policy"** sia interno che esterno (codice accreditamento A.DG.PA 25 Rev. 0 22/07/2022), al fine di indicare regole condivise da utenti e professionisti per un uso consapevole dei social network. In particolare il regolamento relativo alla social media policy, esterna e interna, si inserisce nella pianificazione delle attività di informazione e comunicazione dell'AOUS. I profili social istituzionali, infatti, hanno l'obiettivo di illustrare e favorire la conoscenza da parte di cittadini, utenti, enti, istituzioni e stakeholder in generale delle attività di ricerca, didattica e assistenza, degli eventi e delle novità che riguardano l'AOUS, favorendo anche la promozione dell'immagine aziendale, la partecipazione e la condivisione su temi di rilevante interesse pubblico e sociale. La social media policy esterna contiene le informazioni rivolte agli utenti circa le finalità, le tipologie di contenuti e i comportamenti consentiti nell'utilizzo e nell'interazione con i profili social istituzionali



dell'AOUS. La social media policy interna individua le principali norme di comportamento che i professionisti dell'AOUS (intesi come dipendenti, collaboratori, consulenti e tutte le persone che, a vario titolo, lavorano o collaborano con l'AOUS, ivi compresi gli studenti e i volontari), sono tenuti ad osservare nei confronti dell'AOUS nel momento in cui accedono ai social network con i propri profili social personali, con regole chiare anche per chi gestisce i profili social aziendali (Ufficio Informazione e Comunicazione).

E' stato attivato il **nuovo sito Internet aziendale** con una fruizione delle informazioni più semplice e immediata per i diversi target di riferimento: cittadini, pazienti, professionisti, studenti, volontari, enti, istituzioni, aziende e stakeholder. Nuova veste grafica accompagnata da una diversa e più innovativa architettura dell'informazione per migliorare l'accessibilità e l'usabilità, in linea anche con quanto previsto da AgID (Agenzia per l'Italia digitale), articolare l'informazione per aree tematiche, adattarsi su dispositivi mobili, migliorare i canali di ricerca, dare più spazio e visibilità ai servizi on line a alle particolarità dell'AOUS.

Il nuovo sito è frutto di un lavoro in team, coordinato da una redazione web composta dall'Ufficio Stampa e Comunicazione e dall'Ufficio Innovazione, e con il supporto tecnico di ESTAR, con l'obiettivo di semplificare la quantità di informazioni presenti e andare incontro a varie necessità informative, realizzando un hub di servizi per offrire univocità dell'informazione e sostenibilità nel tempo, con un linguaggio più semplice e chiaro. I contenuti sono stati aggiornati e le pagine dedicate alle unità operative sono state allineate, nei testi, a quelle delle declaratorie aziendali. I contenuti sono stati organizzati per categorie e, in questo modo, l'utilizzo della ricerca per argomenti e temi è stato reso più performante ed intuitivo. Inoltre gli obiettivi di accessibilità 2022 sono stati pienamente raggiunti, come certificato da Agid (sito web conforme ai requisiti previsti dall'allegato A alla norma UNI EN 301549:2018 WCAG 2.1, con dichiarazione aggiornata il 9.9.2022). Per il 2023 è previsto un ulteriore potenziamento della comunicazione web e social e continui aggiornamenti del sito web aziendale.

E' in previsione anche la **ristrutturazione della Intranet aziendale** per favorire un maggior coinvolgimento e condivisione delle informazioni e delle progettualità via web con l'utenza interna all'AOUS.

Le attività di comunicazione sono state orientate anche verso campagne di **comunicazione sociale** sia autoprodotte (vaccinazione influenzale 2022; tumori testa collo in collaborazione con Associazione Italiana Oncologia Cervico-Cefalica; scleroderma day in occasione della Giornata Mondiale; campagna di comunicazione con AIDO in collaborazione con le scuole "Festival della Vita", per sensibilizzare i giovani sul tema della donazione degli organi; ecc), sia di supporto media e social alle campagne di comunicazione della Regione Toscana (Campagna Vaccinazioni Pediatriche "La Pimpa", Campagna Vaccinazione Covid Adulti "Abbiamo Fatto 30, facciamo 31 – Corri a vaccinarti", buone pratiche, norme di comportamento anti contagio, vaccinazioni, etc) e di alcune società scientifiche e onlus (es. Cheratosi Attinica per SIDEMAST e iniziative Fondazione ONDA, Bollini Rosa, Open DAY vari).

#### 4) Accessibilità digitale

- *Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi e dei servizi, incremento dei servizi digitali*

L'Azienda ospedaliero-universitaria Senese intende continuare a rendere concreti, fruibili e sostenibili nel tempo quei valori antichi di accessibilità, accoglienza e servizio racchiusi dal celebre motto "Cor magis tibi Sena pandit" (Siena ti apre il cuore più [della porta che stai attraversando]), scolpito sull'arco esterno dell'antica Porta Camollia, punto principale di accesso alla città, che il famoso Santa Maria della Scala, uno dei più antichi e grandi "spedali" europei documentato sin dal 1090 d.c., già perseguiva e attualizzava prestando la sua opera di assistenza ai malati.

**La strategia in ambito digitale** che l'AOUS intende proseguire e continuamente migliorare parte proprio dal potenziare ed incrementare la possibilità di accedere ed utilizzare i servizi aziendali, regionali e nazionali: l'offerta delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie non può essere più legata alla territorialità e all'isola digitale



costruita agli albori della tecnologia, la domanda è cambiata diventando più esigente e disposta a scegliere il meglio anche se lontano, pertanto è necessario fidelizzare l'utenza offrendo possibilità, competenza, efficienza, magari in un click.

L'azienda, in collaborazione con la Regione Toscana e con ESTAR, l'Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale in ambito sanitario, in accordo alla programmazione finanziaria, sta investendo molto per incrementare **l'accessibilità digitale a tutti i servizi** di cui i cittadini, i pazienti, i visitatori, gli stakeholder, ecc. possano aver bisogno, pertanto assume un ruolo rilevante la comunicazione, imprescindibile perché i servizi vengano diffusi e quindi utilizzati: a metà del 2022 è **stato pubblicato il nuovo sito internet aziendale**, realizzato nel rispetto delle linee guida indicate da AGID, migliorando accessibilità e usabilità per gli utenti, responsiveness per qualsiasi tipo di dispositivo anche "mobile", ottimizzazione delle modalità di ricerca, migliore fruibilità per i diversi target e semplicità, completezza e chiarezza dei contenuti proposti e sempre aggiornati, diventando uno strumento di convergenza sulle informazioni e sui servizi (aziendali, regionali, nazionali): prenotare le analisi del sangue e la consegna dei campioni, accedere agli strumenti di telemedicina tra cui la televisita, poter consultare il proprio Fascicolo Sanitario Elettronico, ecc. il tutto da un unico punto di accesso per il quale l'Azienda già ha implementato il servizio di attivazione della Tessera Sanitaria come CNS (carta nazionale dei servizi) sia il servizio di rilascio SPID, così da poter pubblicare servizi per i quali sia necessaria l'autenticazione.

La reingegnerizzazione del sito web aziendale, integrandosi con basi dati strutturate, permetterà quindi di farlo evolvere verso un erogatore unico di informazioni e di servizi accessibili, oltre che di facile utilizzo anche per il personale AOUS che dovrà aggiornarlo rendendolo sostenibile nel tempo, attività che come per la quasi totalità delle applicazioni aziendali sarà possibile svolgere anche in modalità AGILE, attivata in occasione della pandemia mettendo a disposizione un ambiente di remote desktop per virtualizzare le postazioni di lavoro al di fuori del perimetro aziendale.

Nel 2022 è **stata implementata una nuova piattaforma di sondaggi** open-source che consente la creazione di indagini accessibili in maniera intuitiva ed efficace che possono essere somministrate a migliaia di partecipanti. Nel dettaglio, la piattaforma è stata utilizzata in occasione delle elezioni per il rinnovo del Consiglio dei Sanitari, per l'indagine sul Benessere Organizzativo e sullo Stress Lavoro Correlato, per la preadesione vaccini combinati Covid e antiinfluenzale, per la soddisfazione dell'utenza per la quale è stata avanzata anche **la richiesta di adesione all'Ufficio Semplificazione e Digitalizzazione del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri alla Pagella dei cittadini sui servizi digitali PA**, che si ritiene possa essere implementata all'interno del sito web aziendale entro il 2023.

Nell'ambito del percorso di Rinnovo / Introduzione / Integrazione / Sviluppo del software con particolari ricadute verso l'utenza, occorre segnalare a titolo di esempio non esaustivo l'implementazione dei lotti previsti dalla gara regionale sul RIS-PACS che tra le varie consentirà di **realizzare il sistema di consegna on-line della documentazione al paziente** (referti e immagini radiologiche) evitando l'accesso al nosocomio, la sostituzione del CUP accettatore di 2° livello che garantirà maggiore semplicità di prenotazione prestazioni sanitarie, l'introduzione della self-accettazione tramite i sistemi di accoglienza della Regione Toscana (tramite i sistemi di accoglienza che a fine 2022 sono stati attivati presso la radiologia, la pediatria, l'ematologia, l'endocrinologia, e che nel 2023 saranno attivati presso i numerosi ambulatori del piano -1 del primo lotto) che eviterà di doversi recare ai front-office per la fase di accettazione potendo avvenire autonomamente tramite i totem dislocati nei vari punti strategici dell'azienda, l'omogeneizzazione informatica del software di laboratorio che consentirà anche di incrementare la pubblicazione dei referti sul Fascicolo Sanitario Elettronico, l'attivazione di ulteriori servizi prenotabili tramite la semplice APP ZEROCODA (Chirurgia Pediatrica, PPU), l'estensione del Wi-Fi e l'attivazione del progetto DAS che permetterà di estendere il segnale degli operatori telefonici nelle zone finora non raggiunte (ad esempio il Pronto Soccorso).

Inoltre l'Accessibilità digitale tenderà a complementarsi con l'accessibilità anche fisica, come ad esempio testimonia il progetto LETISMART che agevolerà l'orientamento degli utenti con disabilità o disfunzioni



visive all'interno del Presidio Ospedaliero tramite "radiofari" installati lungo i percorsi di maggiore interesse che dialogheranno con i bastoni da ipovedenti predisposti con tale tecnologia; inizialmente verranno configurati tre percorsi lungo le direttrici di maggiore interesse: il reparto di Oculistica al 7° piano del Lotto 1, il C.E.R.V. al piano 1S del Lotto 1 ed il reparto di Diabetologia al 5S del Lotto3.

**Questa complementarità avverrà anche nel campo della mobilità e dell'infomobilità outdoor ed indoor** tramite la possibilità di prenotare con APP aziendale carrozzine elettriche con servizio di accompagnamento per essere trasportati dall'ingresso esterno dell'ospedale sino all'ambulatorio o al reparto prescelto, oltre che con l'implementazione di un sistema di navigazione indoor che ci auguriamo di implementare entro il 2024 grazie anche allo sviluppo di un'APP aziendale che consenta la fruizione di numerosi servizi di carattere informativo ma anche personalizzati.

Nel 2023 verrà avviato **il servizio di SMS alert per il trasfusionale** al fine di informare i donatori della possibilità di ridonare e della carenza sangue di varia tipologia.

Nel secondo semestre 2022 si è, infine, avviato un **percorso di razionalizzazione della gestione degli accessi da parte del personale AOUS ed ESTAR**; è in corso la sostituzione dei vecchi timbratori con i nuovi compatibili sia con la banda magnetica che l'RFID, inoltre si auspica per il 2023-2024 una semplificazione della mobilità degli operatori in ambito ospedaliero, grazie alla convergenza dei diversi strumenti oggi utilizzati per accedere alle diverse aree della struttura (Badge aziendale, Carta Operatore regionale, altri sistemi).

## 5) Accessibilità fisica e sostegno ai soggetti fragili

Nella seguente tabella sono sinteticamente descritti alcuni progetti e azioni in corso di realizzazione e sviluppo nel triennio 2022-2024, finalizzati a migliorare l'accesso fisico, l'orientamento, la fruizione dei percorsi assistenziali in ospedale. I progetti e le azioni di miglioramento sono rivolti a tutti gli stakeholders, al personale, ai pazienti e utenti e ai loro accompagnatori, con particolare riguardo ai cittadini ultrasessantacinquenni e ai cittadini con disabilità:

Denominazione e obiettivi del progetto/azione	Obiettivi e benefici (outcome)
Aggiornamento segnaletica interna ed esterna	<p>Nel 2022 è stato rifatto il quadro sinottico generale all'ingresso del Presidio e Totem con sinottico ai vari lotti posizionati nei punti di accesso e di maggiore percorrenza.</p> <p>Sono stati ridefiniti i posteggi per dipendenti disabili con specifica segnaletica e rimarcati con segnaletica a terra i posteggi per disabili ad utilizzo degli utenti.</p> <p>Obiettivi in programma a partire dal 2023 al 2025: il rifacimento dei percorsi di orientamento generale e per gli ascensori, comprensivo del rinnovo della segnaletica a pellicola orizzontale; rifacimento segnaletica posti auto dedicati a ciclo cure, dializzati, ATL, disabili e a tempo.</p> <p>Benefici: Garantire il miglioramento dell'orientamento degli utenti, visitatori, pazienti, cittadini all'interno del presidio AOUS, riducendo il rischio di intralci alla mobilità e la possibilità di posti facilitati riservati ai soggetti più fragili.</p>
Servizio accompagnamento e supporto agli utenti per i	- Facilitare l'accesso ai servizi ospedalieri per quelle persone che hanno difficoltà ad orientarsi all'interno dell'ospedale o che hanno deficit visivi. Il



<p>pagamenti alle casse automatiche</p>	<p>servizio è svolto in collaborazione con le Associazioni di volontariato.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Facilitare l'accessibilità fisica mediante la messa a disposizione di varie tipologie di carrozzine, anche con <b>servizio di accompagnamento</b>, per coloro che hanno difficoltà di deambulazione. Nel 2022 sono state installate n. 10 carrozzine all'ingresso del tunnel, fruibili con gettone da ritirare in Portineria dietro consegna di documento ed è stata definita la procedura di consegna e sanificazione. E' in corso di definizione l'accesso tramite prenotazione su APP, con accompagnatore, di tre carrozzine elettriche da collocare presso il servizio carrozzine al piano 0 del lotto 1.</li><li>- Facilitare il <b>pagamento del ticket</b> delle prestazioni sanitarie per i non esenti alle casse automatiche per le persone che hanno difficoltà nell'interfacciarsi con strumenti elettronici con la conseguente riduzione dei bollettini inviati a domicilio, la riduzione degli spostamenti, dell' utilizzo di carta, dei procedimenti di recupero crediti</li><li>- Ridurre il numero dei bollettini inviati a domicilio con conseguente miglioramento dell'impatto ambientale (riduzione degli spostamenti, riduzione utilizzo carta, riduzione dei procedimenti di recupero crediti.</li></ul>
<p>Progetto regionale di informatizzazione per l'informatizzazione del sistema di sorveglianza e del percorso complessivo delle emergenze intraospedaliere</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Informatizzazione del percorso di emergenza intra-ospedaliera, tramite schede di segnalazione e reporting dell'intervento da parte dei soccorritori, numero telefonico dedicato 2222, implementazione di altri sistemi di notifica per velocizzare l'intervento sia riguardo ai degenti che ai pazienti ambulatoriali e a tutti i visitatori/accompagnatori, personale aziendale e dipendenti delle ditte esterne</li><li>- Migliorare l'efficienza degli interventi in emergenza intra-ospedaliera e aggiornamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali.</li></ul>
<p>Percorsi assistenziali per soggetti con bisogni speciali (PASS)</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Garantire equità di accesso alle cure tramite percorsi dedicati alle persone con disabilità (motoria, intellettiva, sensoriale) e assicurare adeguata assistenza per rispondere in modo personalizzato ai bisogni delle persone con disabilità</li><li>- Facilitare l'accesso alle cure e la fruizione dei servizi sanitari alle persone con bisogni speciali.</li><li>- Rispondere in modo personalizzato ai bisogni assistenziali diagnostici e di cura espressi.</li></ul>
<p>Attività di mediazione linguistico culturale, di traduzione di testi scritti e traduzione della lingua dei segni italiana</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Decodificare la comunicazione attraverso la mediazione linguistico culturale (MDL), la traduzione di testi scritti e la traduzione della lingua dei segni (LIS) al fine di conseguire benefici sia di ordine pratico-orientativo che comunicativo, sia da parte degli operatori che dei pazienti/utenti.</li><li>- Facilitare l'accesso ai servizi e la comprensione del percorso preventivo-diagnostico-terapeutico-riabilitativo.</li><li>- Decodificare la domanda sanitaria ed extra sanitaria orientandola in modo adeguato.</li><li>- Miglioramento qualitativo dei servizi resi alla popolazione straniera o con</li></ul>



	disabilità uditive e favorire la percezione di affidabilità, credibilità e competenza finalizzata alla promozione della salute.
Progetto LETISmart	<ul style="list-style-type: none"><li>- Agevolare l'orientamento degli utenti con disabilità o disfunzioni visive all'interno del Presidio Ospedaliero attraverso la predisposizione di tre percorsi guidati lungo le direttrici di maggiore interesse (reparto di Oculistica, Centro di Riabilitazione Visiva CERV, reparto di Diabetologia), dotati di radiofari installati lungo i percorsi, che dialogheranno con i bastoni predisposti con la tecnologia LETISmart, gli utenti saranno guidati verso le destinazioni selezionate.</li><li>- Rendere il più possibile autonomi ed autosufficienti gli utenti che a causa di disabilità visive hanno difficoltà ad orientarsi all'interno dell'ospedale senza l'ausilio di un accompagnatore.</li></ul>

## 6) L'empowerment dei pazienti e la co-produzione dei servizi

- *Coinvolgimento di pazienti e volontariato nei percorsi di cura e nei processi di governo dell'AOU Senese*

In linea con le previsioni del legislatore nazionale e regionale in tema di partecipazione dei cittadini alla programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi sanitari<sup>123</sup>, nel 2022 l'AOUS ha attivato una serie di iniziative per il **coinvolgimento delle Associazioni e Organizzazioni di Volontariato nel governo dell'azienda** promuovendo lo sviluppo e l'adozione sistematica di approcci partecipativi. Gli stakeholders di riferimento, ed in particolare i pazienti attraverso le Associazioni che li rappresentano, sono stati posti **al centro dei processi aziendali di pianificazione, progettazione e valutazione dei servizi** attraverso un'intensa e continua attività di comunicazione, dialogo e confronto orientata al rafforzamento delle relazioni all'interno dell'ospedale.

Il coinvolgimento ha avuto diverse manifestazioni tra cui si evidenziano: i. la partecipazione all'iter di formulazione della strategia aziendale al fine di un'ampia condivisione, ii. l'illustrazione e la discussione periodica delle performance aziendali sia al Comitato aziendale di Partecipazione che in occasione di eventi pubblici, iii. la sottoscrizione di intese con le Associazioni di volontariato finalizzate all'analisi dei processi di erogazione dei servizi e all'identificazione dei cambiamenti organizzativi utili per migliorarne i risultati (i.e. trasporti sanitari, donazioni di sangue) e iv. la realizzazione di momenti di confronto pubblici aperti a tutti i soggetti interessati tesi non solo a illustrare le linee strategiche aziendali ed i risultati conseguiti ma anche a presentare alcuni servizi aziendali, discuterne il funzionamento e a raccogliere spunti di riflessione su specifiche aree di rilevante interesse pubblico.

Il forte impegno dell'AOUS nel garantire con continuità approcci partecipativi ai processi decisionali aziendali è risultato particolarmente apprezzato dagli stakeholders perché ha consentito, da un lato, di **potenziare i servizi sanitari** rendendoli sempre più rispondenti ai bisogni ed alle aspettative degli utenti e, dall'altro, di realizzare il cosiddetto **"empowerment"** dei pazienti, cioè coinvolgerli nei percorsi di cura e nei processi di governo aziendali per renderli più consapevoli, informati e partecipativi anche nelle scelte

<sup>1</sup> Il Titolo IV del D.Lgs. 502/1992 "Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini" prevede forme di coinvolgimento e partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni rappresentative, organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti, sul piano dell'informazione in merito alle prestazioni erogate ed alle modalità di accesso ai servizi, della raccolta e analisi dei segnali di disservizio, della definizione di programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini.

<sup>2</sup> Il D.lgs. 229/1999, integrando l'art. 14 del Titolo IV del D.Lgs. 502/1992, legittima la partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale

<sup>3</sup> La L.R.T 40/2005 all'art. 1 riporta, tra le sue finalità, la disciplina della partecipazione dei cittadini alle scelte del sistema sanitario regionale e all'art. 3 individua, tra i principi costitutivi del servizio sanitario regionale, la centralità e la partecipazione del cittadino quale soggetto attivo del percorso assistenziale.



organizzative. Il lavoro portato avanti dall'AOUS è stato organizzato, con una visione organica, nel progetto di **“Coinvolgimento dei pazienti e del volontariato nei percorsi di cura: creare valore insieme in AOUS. Triennio 2023-2025”**, approvato con Delibera Aziendale n. 1295/2022, che ha formalizzato la centralità del ruolo del paziente nel miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali e nella riflessione critica dell'organizzazione e ha sistematizzato i processi **co-produzione dei servizi sanitari**, partendo dal presupposto che gli utenti non sono solo destinatari di cura e assistenza ma veri e propri protagonisti, insieme ai professionisti e agli altri attori dei processi di erogazione dei servizi.

In particolare il progetto, con riferimento al triennio 2023-2025, propone una **cornice unitaria alle iniziative di coinvolgimento in azienda** prevedendo sia l'avvio di nuove iniziative sia la valorizzazione e potenziamento di iniziative già in corso per ricondurle a “linee guida” di sviluppo comune, in modo da coordinare gli sforzi di miglioramento e orientarli verso gli obiettivi individuati, evitando il rischio di frammentarietà. Tra gli obiettivi del progetto si rileva il miglioramento dell'accoglienza dei pazienti, dell'attività informativa per una maggiore conoscenza dell'organizzazione, dei percorsi clinico-assistenziali e dell'umanizzazione delle cure attraverso il coinvolgimento di pazienti, familiari, volontariato nei processi di cura e nei processi decisionali di governo dell'azienda.

In particolare, lo sviluppo del progetto prevede la realizzazione di iniziative caratterizzate dal ricorso a **diverse tipologie di coinvolgimento** da impiegare singolarmente o in maniera combinata e da adottare sia a livello di percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del singolo paziente interessando la dimensione individuale dell'esperienza di cura, sia a livello collettivo di co-partecipazione nel disegno, erogazione e sviluppo dei servizi offerti: **informazione** (informare e formare); **consultazione** (ascoltare e rispondere); **collaborazione** (progettare e migliorare i servizi insieme). Le iniziative saranno sviluppate all'interno di quattro ambiti di applicazione: indirizzi strategici, valutazione delle performance aziendali e processi di erogazione dei servizi; qualità, appropriatezza ed efficacia dei servizi offerti; cultura sanitaria, formazione e informazione; esperienza individuale di cura e assistenza.

Nel 2023 sono previste, nell'ambito del progetto, **24 iniziative di coinvolgimento** già in corso o in fase di avvio, all'interno di più aree e livelli dell'organizzazione, proposte non solo dalla Direzione Aziendale per consolidare la partecipazione degli stakeholders al governo dell'azienda ma soprattutto dai professionisti e dal volontariato nell'ottica di miglioramento continuo dei processi di cura. Ogni iniziativa sarà corredata da un dettagliato piano di azioni con relativi cronoprogrammi, indicatori e misure di valutazione qualitative e quantitative.

**Il progetto sarà valutato e revisionato annualmente** alla luce dei risultati conseguiti, dall'evoluzione della dottrina sul tema e di una sistematica attività di confronto con best practice a livello nazionale e internazionale, con **l'aggiornamento delle iniziative di coinvolgimento inserite**.

Nell'ottica dello sviluppo continuo del progetto e della sua sostenibilità nel tempo è stata istituita, attraverso la succitata Delibera Aziendale, **la Giornata dedicata al Coinvolgimento in AOUS**, aperta a tutta la cittadinanza, il cui svolgimento è calendarizzato per **l'11 febbraio di ogni anno**, in occasione della Giornata Mondiale del Malato. I lavori della giornata sono orientati al perseguimento dei seguenti obiettivi: i. promuovere la conoscenza, l'attenzione e l'interesse da parte dei cittadini e dei diversi stakeholders dell'azienda appartenenti all'ambiente istituzionale e socio-comunitario nei confronti della progettualità e delle iniziative di coinvolgimento realizzate nel corso dell'anno in AOUS; ii. garantire occasioni di confronto e scambio di esperienze con altre realtà organizzative; iii. assicurare ai professionisti, ai pazienti, al volontariato momenti di riconoscimento dell'impegno profuso nell'ottica di accrescere la responsabilizzazione rispetto alle iniziative ma anche l'entusiasmo.

La Direzione, lavorando insieme al volontariato e agli stakeholders, ha tracciato un percorso virtuoso e una logica di rete per il miglioramento continuo dei servizi sanitari su cui proseguire positivamente nel triennio 2023-2025.

## 7) Governo organico dei processi di ristrutturazione e ammodernamento dell'ospedale





- *Piano di riordino e sviluppo degli interventi (Master Plan)*

La ristrutturazione edilizia, gli interventi di riqualificazione e le progettualità di ammodernamento rappresentano uno dei pilastri della strategia pluriennale aziendale.

È stato avviato un **processo di trasformazione dell'azienda** orientato ad offrire ai pazienti e agli operatori una **struttura moderna ed efficiente, potenziata in termini strutturali e tecnologici ed adeguata agli standard sempre più elevati dei percorsi clinico-assistenziali**.

Al fine di garantire un appropriato ed organico governo di questo processo, l'AOUS ha scelto il **Master Plan**, aggiudicato nel 2021, quale **strumento per rappresentare il quadro di insieme degli interventi da realizzare per il nuovo assetto funzionale, sanitario e logistico dell'ospedale**, ovvero la "bussola" per tutti i lavori da eseguire sull'immobile e sulle aree limitrofe che ne definisce l'ordine temporale ed il coordinamento dal punto di vista esecutivo.

Si giungerà ad una globale **ridefinizione dell'aspetto e dell'assetto dell'AOUS, sia da un punto di vista funzionale** (con una generale riorganizzazione dei percorsi, assistenziali e di supporto logistico-tecnologico), **sia in termini strutturali**, per rispondere alle esigenze di trasformazione individuate in differenti aree.

I **principi organizzativi** generali che guideranno gli interventi sulla struttura sono relativi a:

1. **separazione dei percorsi interni da quelli esterni** con la concentrazione dei laboratori in un'unica area di nuova realizzazione e la collocazione del Punto Prelievi Unico in un'area adiacente agli stessi con accesso facilitato dall'esterno, la concentrazione dell'attività ambulatoriale in un edificio distaccato facilmente accessibile dall'esterno e collegato direttamente con il resto del presidio ospedaliero, il mantenimento dell'attività per esterni tra i piani 1S, 0 e 1 dei lotti 1, 2 e 3;
2. **razionalizzazione dei percorsi chirurgici** con la concentrazione nel nuovo lotto volano della chirurgia ad alta complessità (compresa tutta l'attività trapiantologica), la definizione dei flussi dell'attività programmata/programmabile e dell'attività in emergenza (quest'ultima gestita, per tutte le chirurgie, nel blocco operatorio del lotto DEA), l'attivazione di un nuovo blocco operatorio per la chirurgia ad alto volume di produzione (ambulatoriale, day surgery, one day surgery) e testa-collo;
3. **centralizzazione dei setting intensivi**;
4. **ottimizzazione dei percorsi tempo-dipendenti** (percorsi politrauma, stroke, IMA),
5. **espansione dell'area delle malattie infettive e la previsione della stecca pandemica e dell'area per la gestione del maxi-afflusso**,
6. centralizzazione degli spogliatoi nei lotti 1, 2 e 3.

I **processi di ristrutturazione si svolgeranno in tre fasi temporali** che partono dallo svuotamento delle aree interessate dalla ristrutturazione, spostamento in altri spazi, ristrutturazione fino alla ricollocazione definitiva delle funzioni nei locali ristrutturati.

La **realizzazione del nuovo edificio volano** risulta indispensabile per garantire la continuità delle attività sanitarie durante il percorso di adeguamento antisismico e antincendio del presidio per poi mantenere la funzione finale di collocazione di attività strategiche per l'azienda sulla base dei principi organizzativi individuati.

La **redazione del piano di riordino e sviluppo, in corso di finalizzazione, sta seguendo un processo partecipativo** con il coinvolgimento dei professionisti e di tutti i principali stakeholders dell'ambiente socio-comunitario e politico-istituzionale di riferimento.



Per governare la complessità gestionale, propria di progettualità di riqualificazione strutturale di questo tipo, imputabile non solo alle tempistiche previste dalla normativa che ne disciplina il finanziamento ma anche alle esigenze di coordinamento delle attività con riferimento ad esempio alle scelte di prioritizzazione degli interventi, è stato approvato e sottoscritto un **Protocollo di Intesa inter-istituzionale ed è attualmente in corso la condivisione della sua integrazione e aggiornamento nell' "Accordo di programma per la realizzazione degli interventi di riqualificazione strutturale e tecnologica del piano di riordino e sviluppo 2030 dell'AOUS tra Regione Toscana, Soprintendenza Archeologia Belle Arti e Paesaggio delle provincie di Siena, Grosseto e Arezzo, Azienda ospedaliero-universitaria Senese, Comune di Siena, Provincia di Siena e Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco-Comando VV.F. di Siena"**. Attraverso l'Accordo di programma verranno definite le attività e le scadenze temporali da rispettare per i procedimenti di autorizzazione e per l'approvazione degli atti conseguenti, a garanzia del rispetto dei tempi di completamento indicati dalla normativa nazionale e regionale, per la realizzazione delle opere e degli interventi con un valore strategico per l'ospedale del futuro (edificio volano, edificio magazzino, nuovo parcheggio, edificio laboratori, nuova viabilità, edificio ambulatori).

## 8) Riduzione dell'impronta ambientale dell'AOUS e risparmio energetico

- *Attuazione del partenariato pubblico-privato per l'efficientamento energetico dell'ospedale*

### Rendiconto 2022:

In data 07 Luglio 2022 è stata aggiudicata la gara europea per la concessione dei servizi di gestione energetica e relative opere di manutenzione straordinaria ed efficientamento energetico, attraverso un Contratto di servizio di Prestazione Energetica secondo il D. Lgs. 102/2014 comprensivo della Progettazione definitiva ed esecutiva, per la realizzazione di opere di riqualificazione energetica ed adeguamento impiantistico del P.O. Santa Maria alle Scotte ai sensi dell'art. 60 del D. Lgs. 50/2016 in favore di MIECI S.p.a. per un importo complessivo al netto di IVA di € 134.959.729,90.

A seguito di Deliberazione AOUS n. 1264 del 05/12/2022, in data 06/12/2022 è stata sottoscritta tra AOUS e MIECI S.p.a. la Convenzione per la "Concessione dei servizi di gestione energetica e relative opere di manutenzione straordinaria ed efficientamento energetico, attraverso un contratto di servizio di prestazione energetica secondo il D. Lgs 102/2014 (All.8) comprensivo della progettazione definitiva ed esecutiva, per la realizzazione di opere di riqualificazione energetica e di adeguamento impiantistico della struttura Ospedaliera "Santa Maria alle Scotte" - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese" che prevede esecuzione di interventi di riqualificazione ed efficientamento energetico con un valore complessivo dell'investimento, al netto di IVA, pari a € 20.193.679,73.

### Strategie 2023 – 2025:

Di seguito si riportano le principali azioni ed attività da programmare per il triennio 2023-2025 inerenti la riduzione dell'impronta ambientale della AOUS:

A partire da Aprile 2023 ed entro il 2024 saranno eseguiti gli interventi di riqualificazione ed efficientamento energetico di cui alla Convenzione per la "Concessione dei servizi di gestione energetica e relative opere di manutenzione straordinaria ed efficientamento energetico, attraverso un contratto di servizio di prestazione energetica secondo il D. Lgs 102/2014 (All.8) comprensivo della progettazione definitiva ed esecutiva, per la realizzazione di opere di riqualificazione energetica e di adeguamento



impiantistico della struttura Ospedaliera “Santa Maria alle Scotte” - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese” sottoscritta con MIECI S.p.a. e consistenti principalmente in:

- Adeguamento Centrale Termica ed ammodernamento Sottocentrali Termiche (sostituzione n. 108 elettropompe esistenti con altrettanti dispositivi ad alta efficienza completi di inverter);
- Sostituzione di circa n.73 Unità di trattamento aria esistenti con altre ad alta efficienza energetica;
- Realizzazione sistema di Telegestione – Termoregolazione locali – Parzializzazione locali (installazione di n. 5.035 Sensori di monitoraggio e n.7.450 attuatori elettromeccanici);
- Revamping corpi illuminanti all’interno del P.O. (Sostituzione impianti di illuminazione interna con sorgenti luminose con tecnologia LED);
- Installazione di nuovo impianto di trigenerazione (composto da n. 1 cogeneratore, n.1 gruppi frigo ad assorbimento e n.1 torri evaporative);
- Installazione di n.2 impianti fotovoltaici per complessivi 266,96 kW di picco (di cui n.1 sulle coperture dei Lotti 1, 2 e 3 dal 117,80 kW di picco e n.1 sulla copertura del Lotto 4 da 149,16 kW di picco);
- Installazione di gruppo frigorifero ad assorbimento da abbinare al Cogeneratore esistente;
- Sigillatura canali.

La realizzazione dei suddetti interventi sarà in grado di garantire un risparmio di energia primaria pari a 23.897.420kWh, che riferito al fabbisogno di energia primaria dell’AOUS rappresenta il 29,21%, mentre i benefici ambientali attesi saranno consistenti in una riduzione di inquinanti in atmosfera pari a circa 2.054,14 TEP/anno.

Considerando le emissioni di CO<sub>2</sub>, attraverso gli interventi proposti, si raggiungerebbe una riduzione di circa 4.680 ton/anno.

Entro Aprile 2023 sarà messo in funzione a regime l’Impianto di Cogenerazione i cui lavori di realizzazione sono stati ultimati a fine 2021 ed inaugurato nel mese di marzo 2022.

Entro Giugno 2023 dovrà essere affidato il Servizio di Progettazione per lavori di ampliamento e potenziamento del Centro di Raccolta Rifiuti Differenziati interno al Presidio Ospedaliero, la cui esecuzione potrà essere prevista nel corso del 2024 o comunque a conclusione dei lavori di realizzazione del nuovo parcheggio da 400 posti auto dedicato ai dipendenti AOUS.

Entro il 2023 dovrà essere avviata una estensione del Sistema di Raccolta Differenziata all’interno del Presidio Ospedaliero mirato all’intercettazione di maggiori frazioni di rifiuti prodotti e differenziati per tipologia, mediante una capillare distribuzione di contenitori dedicati posizionati in punti strategici del Presidio Ospedaliero stesso (ingressi vari Lotti, bar, aree di attesa, spazi comuni interni ed esterni, etc.), con conseguente sottoscrizione di accordo dedicato con il Gestore del Servizio di Igiene Urbana per il loro corretto smaltimento.

#### ▪ *Rinnovo del parco auto*

Nel 2022 sono stati rottamati 10 mezzi (7 a gasolio, 3 a benzina) e sono in acquisizione: n. 1 veicolo elettrico, n. 2 veicoli ibridi, n. 1 ambulanza diesel (di classe meno inquinante).

È stato effettuato, in collaborazione con il Mobility Manager di Area, un corso di eco-guida, mirato ad insegnare ai dipendenti un metodo di guida che riduce l’emissione di elementi inquinanti.

Sono state installate n. 3 colonnine di ricarica per auto elettriche.



In programma a partire dal 2023 al 2025 l'acquisto di n. 2 auto elettriche, l'inserimento nel programma aziendale di Formazione di tre ulteriori edizioni del corso di eco-guida e l'implementazione di rastrelliere per biciclette elettriche provviste di ricarica con fotovoltaico.

## 9) Consolidamento della rete di offerta sanitaria e assistenziale integrata di Area Vasta

- *Processo di programmazione integrata tra AOU Senese e Azienda USL TSE: il piano 2023-2025*

Attraverso la programmazione di Area Vasta, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliero-universitarie partecipano allo sviluppo a "rete" del sistema sanitario, in termini di unitarietà ed integrazione dei servizi assistenziali, continuità dei percorsi, equità ed omogeneità di accesso ai livelli di assistenza, governance inter-aziendale.

Come previsto dalla programmazione regionale, **l'Area Vasta rappresenta il livello ottimale in cui valorizzare, perseguendo l'integrazione dei servizi nei percorsi assistenziali, l'organizzazione della rete ospedaliera e specialistica** con un percorso che inizia "in prossimità" dell'utente e prosegue nei diversi nodi della rete. Nel modello organizzativo a rete strutturata le funzioni si integrano garantendo livelli assistenziali a complessità differenziata nell'ambito della rete e la continuità della presa in carico del paziente all'interno dei percorsi clinico-assistenziali inter-aziendali.

In quest'ottica, il ruolo dell'Area Vasta è evoluto verso **la ricerca e la valorizzazione di logiche e approcci gestionali propri della rete**, con la realizzazione di percorsi clinico-assistenziali trasversali che si avvale della collaborazione "governata" tra azienda ospedaliera e azienda territoriale. L'applicazione del modello di sviluppo a rete dei percorsi clinico-assistenziali prevede che i singoli nodi, in funzione della propria natura e mission, intervengano nelle diverse fasi dei percorsi, avvalendosi di relazioni strutturate e disciplinate orientate ad integrare specialità, servizi e discipline.

Nel corso degli anni, AOU Senese e Azienda USL TSE sono state fortemente impegnate nello **sviluppo di partnership a livello di Area Vasta** per il miglioramento continuo della capacità di soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini attraverso una maggiore qualità dell'assistenza ed un più razionale impiego delle risorse complessivamente disponibili.

Attraverso la **valorizzazione di dinamiche di integrazione e sinergia nei processi di erogazione dei servizi** si sono perseguite molteplici finalità, tra le quali:

- **incremento dei volumi di prestazioni ed uso efficiente delle risorse;**
- **contaminazione e circolarità di conoscenze e competenze** per lo sviluppo professionale e la formazione continua;
- **collaborazione multi-disciplinare e multi-professionale** per la presa in carico del paziente all'interno di equipe inter-aziendali;
- **appropriatezza, tempestività, equità di accesso a elevati standard di cura e assistenza** attraverso percorsi omogenei sempre più paziente-centrici sul territorio dell'Area Vasta;
- **continuità della presa in carico durante le fasi del percorso di cura;**
- continuità dei processi di **identificazione, implementazione e diffusione di buone pratiche e procedure innovative.**



Il processo di programmazione integrata tra AOU Senese e Azienda USL TSE, che porterà nel 2023 all'**approvazione del Piano di programmazione di Area Vasta 2023-2025**, muove dalla **valorizzazione e consolidamento dell'offerta di percorsi e progetti inter-aziendali già in essere** per arrivare a **delineare sette macro aree strategiche per il triennio 2023-2025**.

## **1. Sviluppo di nuovi modelli organizzativi integrati sia in ambito medico che chirurgico:**

- Il percorso inter-aziendale per la gestione delle patologie ematologiche;
- La rete senologica di Area Vasta;
- I percorsi inter-aziendali per l'attività chirurgica;
- Il PDTA sul buon uso del sangue;
- La cooperazione inter-aziendale per lo sviluppo delle funzioni di attività ospedaliera di riabilitazione intensiva;
- La definizione e strutturazione di ulteriori PDTA di Area Vasta;
- Altri progetti inter-aziendali strategici (sperimentazioni gestionali e organizzative, potenziamento delle reti esistenti e costituzione di nuove, gestione unitaria delle liste di attesa, valorizzazione della dimensione inter-aziendale dei GOM di Area Vasta, rete delle cure palliative e lotta al dolore, percorso inter-aziendale per la gestione delle emergenze da patologia aortica acuta);

## **2. Miglioramento dell'appropriatezza e governo della spesa farmaceutica**

- La procedura inter-aziendale per il governo della spesa farmaceutica;
- L'attivazione di tavoli inter-aziendali per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci;
- Il potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci.

## **3. Valorizzazione del personale in un'ottica inter-aziendale: formazione, sviluppo, coinvolgimento:**

- Condivisione dei Piani Formativi delle due aziende per sviluppare una proposta formativa integrata;
- Previsioni di incontri periodici, a cadenza almeno semestrale, con i Tavoli sindacali inter-aziendali;
- Promozione dell'attività di ricerca scientifica a livello inter-aziendale rendendo disponibile sui siti web di AOUS, AUSLTSE e UNISI una bacheca dove inserire opportunità di partecipazione a: i. trial clinici approvati; ii. bandi di ricerca a livello nazionale e internazionale con progetti frutto del lavoro in team inter-aziendali;
- Definizione di accordi per disciplinare e gestire le fasi relative al passaggio dei professionisti tra le aziende per mobilità;
- Valorizzazione del coinvolgimento dell'Università di Siena per attivazione di Master, corsi universitari e altre iniziative formative, anche innovative, rivolte ai professionisti delle due aziende.

## **4. Efficientamento e innovazione delle tecnologie sanitarie ed integrazione dei sistemi informativi:**

- Sanità digitale e integrazione dei sistemi informativi;
- Disponibilità di tecnologie e attrezzature sanitarie innovative per il miglioramento continuo dei percorsi clinico-assistenziali inter-aziendali;
- Ruolo di ESTAR nell'ambito dei percorsi clinico-organizzativi inter-aziendali e dei servizi erogati dalle due aziende.

## **5. Sviluppo e potenziamento dei percorsi inter-aziendali esistenti:**

- Back transfer dei pazienti da centro Hub ai centri Spoke;
- Rafforzamento della partnership per il governo dei tempi di attesa dell'attività ambulatoriale;



- Attivazione di tavoli inter-aziendali per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di visite specialistiche e indagini diagnostiche;
- Sviluppo continuo del processo di accorpamento di funzioni a livello di Area Vasta (Officina Trasfusionale);
- Rafforzamento della rete dell'Emergenza-Urgenza;
- Consolidamento delle attività inter-aziendali per il contrasto della pandemia da SARS-CoV-2;
- Rafforzamento dei percorsi di continuità ospedale-territorio alla luce del PNRR, sviluppo di soluzioni e modalità di presa in carico sul territorio dei pazienti nelle fasi post-acute del percorso, ampliamento della governance (protocollo inter-aziendale con Società della Salute);
- Rafforzamento delle attività inter-aziendali nell'ambito della salute mentale;
- Governance della privacy nei processi e percorsi sanitari di Area Vasta;
- Miglioramento continuo di altri percorsi e progettualità interaziendali.

## **6. Azioni inter-aziendali di contrasto ad ogni forma di discriminazione e violenza di genere e promozione delle pari opportunità:**

- Sviluppo di azioni sinergiche sui temi delle politiche di genere e medicina di genere;
- Creazione di un organismo inter-aziendale di coordinamento.

## **7. Sviluppo e potenziamento della governance inter-aziendale:**

- Pianificazione di incontri periodici tra vertici aziendali per discutere l'organizzazione dei servizi sanitari di Area Vasta e definire le fasi di revisione del documento programmatico;
- Assegnazione alle strutture delle due aziende di obiettivi di budget di natura inter-aziendale;
- Svolgimento di incontri congiunti con i Comitati Aziendali di Partecipazione su temi di interessi comune;
- Rendicontazione annuale sul livello di implementazione delle strategie di Area Vasta;
- Sviluppo di sistemi di monitoraggio inter-aziendali.

**Le strategie di Area Vasta**, attraverso le quali viene ricercata l'armonizzazione e l'integrazione dei livelli di programmazione di AOU Senese e Azienda USL TSE in coerenza con la programmazione regionale, **rappresentano il riferimento per lo svolgimento della funzione di pianificazione strategica delle due aziende e quindi per i cicli di programmazione aziendale ed i processi di budget.**

Nell'ottica di valorizzare processi programmatori e attuativi coordinati e sinergici a livello di Area Vasta, **i contenuti del Piano sono stati frutto di passaggi preparatori partecipati e condivisi dalle Direzioni Aziendali di AOU Senese e Azienda USL TSE, insieme ad ESTAR per le materie di competenza**, nello svolgimento dei quali dinamiche di integrazione e confronto hanno caratterizzato le diverse fasi del lavoro.

Al fine di garantire una **governance allargata** nell'ambito del processo di programmazione di Area Vasta, ai suddetti passaggi si sono integrati **momenti di discussione e condivisione con i diversi stakeholders sia interni che esterni alle aziende**, anche alla luce delle previsioni normative regionali, volti ad affinare le linee strategiche individuate.

Le sette macro aree strategiche delineate si inseriscono all'interno di un quadro programmatico nazionale e regionale. La capacità di attuarle con efficacia ed efficienza, nell'ambito del sistema regionale in cui l'Area Vasta si colloca, sarà oggetto **di valutazione con riferimento al grado di raggiungimento degli obiettivi strategici e delle linee di azione individuate per ogni macro area ed in funzione del monitoraggio sistematico di indicatori inclusi nel Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), del Programma Nazionale Esiti (PNE) e del Sistema di Valutazione della Performance**



**Regionale (MeS).** Sulla base delle risultanze di tale processo di monitoraggio e valutazione e dell'evoluzione dell'ambiente di riferimento **le strategie di Area Vasta saranno annualmente aggiornate.**

Per quanto attiene ai **risultati attesi in termini di obiettivi generali e specifici**, programmati in coerenza con i documenti di programmazione finanziaria adottati da ciascuna amministrazione si fa rinvio alla **sottosezione Performance e alla Tabella Allegato 2) al presente Piano.**

## 2.2 Sottosezione di programmazione Performance

### Premessa

Il documento della Performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese (AOUS) è il documento programmatico triennale che dà avvio al ciclo di gestione della *performance*, così come previsto dal Titolo II del Decreto Legislativo n.150 del 27 ottobre 2009.

Il documento della Performance (art.10 c.1 lett.a Decreto Legislativo n.150/2009) è quindi il documento programmatico attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale, vengono individuati gli obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori di risultato ed i target su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance individuale ed organizzativa aziendale.

Il documento della Performance riporta la programmazione pluriennale (2023-2025) che si focalizza principalmente sulle attività dell'anno corrente (anno 2023) e risulta pertanto modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- a) obiettivi definiti in sede regionale di programmazione sanitaria e socio-sanitaria;
- b) modifiche al contesto di riferimento, interne ed esterne;
- c) modifiche intervenute nelle modalità di organizzazione e funzionamento aziendale.

Il documento della Performance dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese è adottato al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance e, in coerenza con il disposto del Decreto Legislativo n.150/2009, si ispira al principio della trasparenza.

Il Decreto Legislativo n.33/2013 e s.m.i. richiede infatti alle amministrazioni pubbliche di garantire, in ogni fase del ciclo di gestione della performance, la massima trasparenza, intesa come accessibilità totale alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, agli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, ai risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.



Il documento della Performance 2023-2025, a seguito dell'evoluzione del quadro normativo con l'entrata in vigore della Legge n.190/2012 e s.m.i. sull'anticorruzione e del D. Lgs. n.33/2013 e s.m.i. sugli obblighi di pubblicità e trasparenza, tiene conto delle indicazioni operative fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica.

Ciò in conformità a quanto previsto dalla Legge n.114 dell'11 Agosto 2014 e dal DPR n.105 del 9 Maggio 2016, che regola le funzioni del Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di valutazione della performance delle Pubbliche Amministrazioni.

## **a) Dati di attività e Contesto di riferimento per la programmazione:**

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese (AOUS) è l'Azienda Ospedaliera integrata con l'Università degli Studi di Siena e si caratterizza per l'espletamento delle attività di diagnosi, cura ed assistenza e per quelle di alta specializzazione di rilievo nazionale.

L'AOUS rappresenta un elemento organizzativo funzionale del Servizio Sanitario Regionale Toscano, nell'ambito della finalità precipua di tutela della salute, e collabora al tempo stesso con l'Università nell'ambito delle finalità della ricerca e della didattica.

L'AOUS attua una stretta collaborazione ed integrazione funzionale con l'AUSL Toscana Sud-Est che opera sul territorio, così come promuove e sviluppa relazioni con tutte le altre Aziende Sanitarie accreditate ed istituzioni pubbliche e private, al fine di garantire migliori condizioni e servizi di carattere sanitario all'utenza.

L'AOUS costituisce centro Hub, come disposto dal Piano Sanitario Regionale Toscano e dalla normativa relativa all'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale Toscano, e rappresenta il punto di riferimento per la popolazione della Zona Senese (città di Siena e comuni limitrofi) relativamente alle funzioni di base e per le funzioni di elevata specializzazione per i residenti nell'Area Vasta Toscana Sud-Est, ossia residenti nelle province di Siena, Arezzo e Grosseto; oltre ad essere al tempo stesso attrattiva a livello regionale e nazionale, garantendo il principio di equità di accesso ai servizi sanitari.

L'AOUS riconosce come punto di forza l'organizzazione per Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), che si esplica in percorsi assistenziali anche interdipartimentali e nella definizione di standard nelle linee assistenziali più significative, cui sono assegnate le risorse materiali, umane, tecnologiche e strutturali, le quali vengono gestite sulla base della programmazione aziendale e mediante lo strumento di budget.

Nella tabella di seguito riportata sono sintetizzati i principali dati di attività prodotti dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese nell'anno 2022 (con il confronto degli anni 2020 e 2021) relativamente ai seguenti ambiti organizzativi:

- Ricoveri Ordinari
- Ricoveri diurni (day hospital, day surgery)





- Trapianti
- Attività Chirurgica
- Pronto Soccorso
- Specialistica Ambulatoriale (prestazioni per pazienti Esterni ed Interni Ricoverati)

	2020	2021	2022 (provvisorio)
<b>ATTIVITA' DI RICOVERO ORDINARIO</b>			
Nr. Posti-Letto	635	582	550
Nr. Dimessi	19.134	21.002	20.722
- di cui DRG Chirurgici	9.754	10.861	11.126
- di cui DRG Medici	9.380	10.141	9.596
Peso Medio DRG Chirurgici	1,98	1,94	1,86
Peso Medio DRG Medici	0,76	0,78	0,75
Degenza Media	7,83	7,78	7,27
% Attrazione da Extra RT	12,4%	12,8%	13,3%
Nr. Ricoveri Alta Complessità	3.567	3.903	3.516
Nr. Parti	886	997	924
<b>ATTIVITA' DI RICOVERO DAY HOSPITAL/DAY SURGERY</b>			
Nr. Posti-Letto DH	72	67	80
Nr. Dimessi DH + Nr. Cicli Aperti DH	8.251	8.687	8.985
- di cui DRG Chirurgici	3.928	4.476	5.005
- di cui DRG Medici	4.323	4.211	3.980
<b>ATTIVITA' TRAPIANTOLOGICA</b>			
Nr. Trapianti di Cuore	22	17	13
Nr. Trapianti di Polmone	9	12	13
Nr. Trapianti di Rene	39	36	25
Nr. Trapianti Midollo	36	39	45
<b>ATTIVITA' CHIRURGICA</b>			
Nr. Interventi Chirurgici in Elezione	10.522	11.959	12.371
Nr. Interventi Chirurgici in Urgenza	3.288	3.497	3.409
Nr. Interventi con tecnica Robot-assisti	208	239	352
<b>PRONTO SOCCORSO</b>			
Nr. Accessi Pronto Soccorso	40.313	46.650	53.169
<b>PRESTAZIONI</b>			
Prestazioni Ambulatoriali per Esterni	2.504.128	3.213.759	3.039.522
Prestazioni per Interni Ricoverati	2.339.178	2.671.073	2.496.619

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



**Azienda ospedaliero-universitaria Senese**



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

Per il 2022 si fa riferimento alla DGRT n.327 del 21 Marzo 2022, che ha definito gli obiettivi per l'anno 2022, mentre per l'anno 2023 la delibera regionale non è stata ancora pubblicata, ma sono state definite le aree/ambiti di intervento, che contengono indicatori specifici e target di riferimento, con i rispettivi punteggi assegnati come mostra la tabella di seguito:



## Ambiti e pesature degli obiettivi regionali 2023

CATEGORIA	Peso AOU
PERFORMANCE	
VALUTAZIONE COMPLESSIVA BERSAGLIO	15
NSG - NUOVO SISTEMA DI GARANZIA (LEA)	10
ESITI	5
FARMACEUTICA	15
ONCOLOGIA E FINE VITA	5
RICERCA	5
AMBULATORIALE E TEMPESTIVITA' PER INTERVENTI CHIRURGICI PRIORITARI	10
MONITORAGGIO PERSONALE	15
SANITA' DIGITALE	15
IMPLEMENTAZIONE PNRR	5
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>

Le linee strategiche finalizzate al conseguimento degli obiettivi aziendali si integrano e si armonizzano con i diversi sistemi di monitoraggio, utilizzati nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, orientati a rendere misurabile e valutabile il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

In particolare, si fa riferimento agli indicatori dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), del Programma Nazionale Esiti (PNE) e del Sistema di Valutazione della Performance della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Bersaglio MeS), che hanno valenza pluriennale con eventualmente adeguamento annuale dei target in base alle peculiarità del periodo o dell'ambito.

### 1. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG):

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

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

Attraverso la rappresentazione del Bersaglio con cinque fasce di valutazione (da scarsa performance a performance ottimale), esso riassume i livelli di performance di sintesi e di dettaglio perseguiti dall'Azienda, articolati in indicatori su diverse dimensioni (strategie regionali, valutazione sanitaria, economico-finanziaria, interna ed esterna, oltre allo stato di salute della popolazione), messi a confronto tra le diverse Aziende Sanitarie regionali.

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



Il sistema monitora l'andamento degli esiti in un set di indicatori suddivisi in varie aree cliniche, ponendo a confronto i dati aziendali con quelli di altre realtà sanitarie regionali e nazionali.

## **b) Contesto economico e vincoli esterni che influenzano le scelte operative:**

Vi sono elementi esterni che influenzano direttamente il processo di programmazione aziendale, quali ad esempio le assegnazioni economico-finanziarie che la Regione Toscana stanziava annualmente per le Aziende Sanitarie, compreso l'AOU Senese.

Le risorse economico-finanziarie disponibili a livello regionale da destinare al Sistema Sanitario Toscano possono risentire delle politiche nazionali di espansione o di contrazione del Fondo Sanitario Nazionale e quindi anche l'AOU Senese potrebbe risultare condizionata dalle logiche di una eventuale parziale riduzione dei finanziamenti destinati al Servizio Sanitario Regionale Toscano.

Gli obiettivi aziendali di razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie, indicati dalla Regione Toscana, e le conseguenti direttive impartite per la Redazione del Bilancio di Previsione pluriennale ed annuale vanno difatti intesi nell'ambito dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili, al fine di offrire agli utenti da parte dell'AOU Senese servizi clinico-assistenziali di elevata qualità ed efficacia attraverso un ottimale ed efficiente utilizzo delle risorse disponibili.

## **c) Dati demografici e di attività**

Nella tabella di seguito è riportata la distribuzione della popolazione di riferimento per le attività svolte dall'AOU Senese (suddivisa per Zone solo per la provincia di Siena) nell'ambito dell'Area Vasta Toscana Sud-Est (AVSE).

L'AOU Senese (il cui Ospedale è denominato "Santa Maria alle Scotte"), in qualità di presidio ospedaliero della città di Siena, oltre alle attività sanitarie di elevata specializzazione tipiche di una Azienda Ospedaliero-Universitaria, svolge anche attività di base per i residenti nei comuni della Zona Senese.

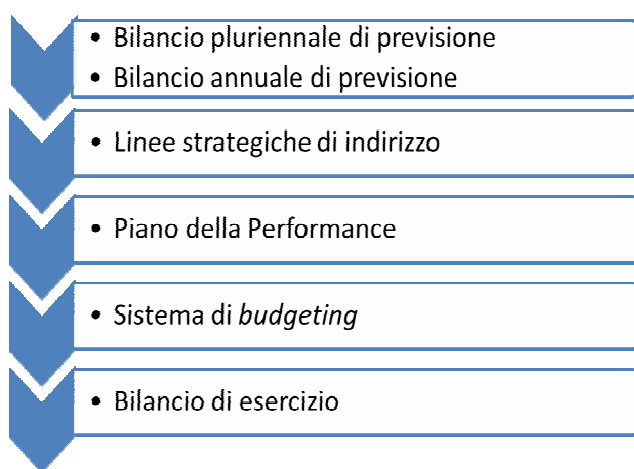
<b>Distribuzione Popolazione Area Vasta Sud-Est</b>	
<i>TERRITORIO</i>	<i>POPOLAZIONE</i>
<b>Siena (provincia)</b>	<b>261.209</b>
Zona Senese	123.877
Zona Amiata Val d'Orcia Valdichiana Senese	74.951
Zona Alta Val d'Elsa	62.381
<b>Arezzo (provincia)</b>	<b>334.926</b>
<b>Grosseto (provincia)</b>	<b>217.009</b>
<b>TOTALE AVSE</b>	<b>813.144</b>
Fonte Dati: Istat Popolazione Residente al 1° Gennaio 2022	

## **d) Coerenza tra documento della Performance, Programmazione economico-finanziaria e Sistema di Budgeting**



Come previsto dall'art. 5, co.1, e dall'art. 10, co. 1 lett. a) del D. Lgs. n.150/2009, la definizione degli obiettivi nell'ambito del documento della Performance deve avvenire in maniera integrata con il processo di programmazione e budgeting nonché con la redazione del bilancio di previsione; al fine di garantire tale coerenza, il ciclo di gestione della performance è strutturato in modo tale che la definizione degli obiettivi da assegnare alle strutture aziendali sia strettamente correlata alla definizione di documenti di pianificazione strategica.

A seguito dell'assegnazione, da parte della Regione Toscana, degli obiettivi e delle risorse economiche alle Aziende Sanitarie, l'AOU Senese predispone: Bilancio di Previsione (pluriennale e annuale), Linee Strategiche di indirizzo, documento della Performance ed assegnazione degli Obiettivi annuali di Budget alle singole Strutture.



- Bilancio annuale e pluriennale di previsione e Bilancio di esercizio

I documenti vengono predisposti nel rispetto delle "Linee Guida per la Redazione del Bilancio Preventivo delle Aziende Sanitarie" emanate dalla Regione Toscana, Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e coesione Sociale, e redatti secondo lo schema previsto dal D. Lgs. n. 118/2011.

Per quanto concerne l'equilibrio economico generale e l'andamento rispetto al bilancio di previsione si fa ricorso a strumenti contabili integrati, quali ad esempio i Modelli Ministeriali/Regionali CE per il monitoraggio del Conto Economico aziendale per fattore produttivo e la relativa Analisi di Bilancio, i Sistemi Aziendali di Monitoraggio e Controllo, la Procedura Aziendale per il Monitoraggio ed il Controllo dell'Andamento dei Costi e Ricavi Aziendali, la Contabilità Analitica per centri di costo per il monitoraggio dei dati economici di costo e di ricavo per singola Struttura aziendale.

- Linee Strategiche di indirizzo

Le Linee Strategiche di indirizzo descrivono gli Obiettivi strategici aziendali triennali da declinare all'interno dell'organizzazione aziendale ed assegnare a cadenza annuale sottoforma di Obiettivi operativi e progettuali alle singole Strutture coinvolte nel Processo di Budgeting.

- Performance



Il documento della Performance è strutturato prevedendo un collegamento fra gli Obiettivi strategici contenuti nel Bilancio di Previsione pluriennale, gli Obiettivi regionali, gli Obiettivi operativi e progettuali annuali ed il Processo di Budget aziendale.

Nel documento della Performance sono indicati gli obiettivi e gli indicatori sui quali si baserà nel corso dell'esercizio la misurazione, la rendicontazione e la valutazione annuale della performance aziendale, collegando il sistema di valutazione e di incentivazione del personale al raggiungimento dei rispettivi obiettivi.

- **Budgeting**

Per Sistema di Budgeting si intende il processo formale con cui a cadenza annuale si definiscono gli obiettivi che le articolazioni organizzative devono perseguire e si analizzano le differenze tra obiettivi assegnati e risultati raggiunti; con il Processo di Budgeting vengono assegnati e formalizzati gli Obiettivi alle Strutture organizzative aziendali, provvedendo ad indicare in apposite Schede di Budget le pesature dei singoli obiettivi per il Personale Dirigente e per il Personale del Comparto.

Gli indicatori specifici di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati alle Strutture saranno utilizzati per rappresentare e valutare i risultati perseguiti, collegandoli al sistema incentivante aziendale, al fine di subordinare ad essi l'erogazione dei premi da corrispondere al Personale aziendale a cadenza annuale.

## **e) Performance organizzativa ed individuale**

Fonti di riferimento:

### **Deliberazione GRT n. 465/2012**

*“Linee di indirizzo in attuazione della Legge regionale 30 dicembre 2010 n.67 in materia di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale (fasce di merito e organismi di valutazione)”*

### **Deliberazione GRT n. 308/2013**

*“Linee di indirizzo per l'implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale”*

### **Deliberazione ANAC n. 23/2013**

Linee guida relative agli adempimenti di monitoraggio degli OIV e alla Relazione degli OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (ai sensi dell'art. 14 comma 4 lett. a) del D. Lgs.150/2009.

**Il DPR 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 pubbliche amministrazioni”.*



Il Decreto Legislativo 25 maggio 2017, n. 74 “Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica ha emanato Linee Guida per la misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale (in particolare le Linee Guida N. 2 del dicembre 2017 e le Linee Guida n. 5 del Dicembre 2019) con le quali vengono fornite alle amministrazioni indicazioni di carattere generale ed indirizzi metodologici in ordine alla progettazione e revisione annuale dei Sistemi di Misurazione e Valutazione della performance.

Con Circolare del 30 dicembre 2019 il D.F.P. ha infine fornito indicazioni in merito all’adozione di indicatori comuni utilizzabili dalle amministrazioni per le funzioni di supporto delle PP.AA.

Costituisce principio generale dell’organizzazione la responsabilizzazione del personale tutto e della dirigenza in particolare rispetto ai risultati da raggiungere.

Relativamente alla performance individuale l’azienda AOUS ha introdotto da tempo per l’area contrattuale del comparto un sistema di valutazione annuale che in base alle indicazioni delle Linee guida regionali 308/2013 citate ha permesso di affiancare alla performance organizzativa anche le dimensioni della valutazione individuale.

Nell’intento di completare il sistema di valutazione del personale il percorso sarà sviluppato anche per le aree contrattuali della dirigenza, sarà infatti introdotta nell’anno 2023 la valutazione annuale anche per il personale dirigente.

Sia per l’area contrattuale del comparto che per quelle della dirigenza verrà compilata una scheda di valutazione annuale che comprenderà le due dimensioni della misurazione e valutazione degli obiettivi e della valutazione individuale dei comportamenti e delle competenze organizzative.

L’assegnazione degli obiettivi riguarda tutti i dipendenti, del comparto e della dirigenza, ognuno secondo il livello di responsabilità attribuito.

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

Il sistema di valutazione del personale della AOUS, in un’ottica di semplificazione e snellimento dei processi di valutazione e di sviluppo della valorizzazione del personale prevede che la valutazione annuale dei dipendenti governi i seguenti istituti:

- la quota parte destinata al premio individuale per le Aree della Dirigenza e per il personale del Comparto, da definire sulla base delle relative vigenti disposizioni contrattuali
- la conferma degli incarichi sia per il personale del comparto che per le Aree della Dirigenza
- la progressione economica all’interno delle aree per il personale del Comparto
- la progressione tra le aree per il personale della Dirigenza

Sia nel sistema di valutazione del comparto che nel sistema di valutazione della dirigenza che verrà introdotto nell’anno 2023 è prevista una procedura a garanzia dei valutati.



Nel caso in cui il valutato non sia concorde con la valutazione può essere fatta richiesta al superiore gerarchico del valutatore di una rilettura della valutazione effettuata. Il superiore gerarchico potrà modificare o confermare la valutazione di 1° istanza.

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

## **f) Obiettivi strategici aziendali (triennio 2023-2025)**

In generale la strategia è la riflessione d'insieme che orienta la scelta degli obiettivi e che indica le modalità con le quali l'Azienda intende perseguirli.

La Direzione Aziendale dell'AOU Senese definisce la propria Programmazione Strategica triennale 2023-2025 sulla base degli indirizzi forniti dalla Regione Toscana per il riordino del SSR Toscano e degli Obiettivi assegnati a livello aziendale, individuando i seguenti 10 ambiti della Pianificazione Strategica Aziendale Triennale 2023-2025:

- 1 – Contrasto alla Pandemia,
- 2 - Ristrutturazioni del presidio ospedaliero, nuove edificazioni e altri lavori,
- 3 – Rinnovamento e potenziamento tecnologico,
- 4 - Rafforzamento della governance aziendale,
- 5 - Innovazione organizzativa finalizzata al miglioramento dei percorsi di cura e degli esiti,
- 6 - Valorizzazione delle risorse umane,
- 7 - Comunicazione con gli stakeholders e accountability,
- 8 - Partnership con altre aziende,
- 9 - Miglioramento delle performance aziendali e
- 10 – Ricerca e didattica.

## **g) Processo aziendale di Negoziazione di Budget**

Il Sistema di Budget è lo strumento attraverso il quale, nel quadro degli obiettivi, delle risorse, delle strategie e dei programmi previsti in ambito nazionale, regionale, interaziendale (Area Vasta) ed aziendale, si pianificano, su base annuale e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti





incarichi di responsabilità, gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate e gli effetti aziendali sul sistema di valutazione e sul sistema premiante.

La verifica dei risultati conseguiti e degli scostamenti positivi o negativi prodotti rispetto agli obiettivi di Budget costituisce elemento fondamentale per la valutazione dei responsabili, delle Strutture aziendali e di tutto il personale che opera all'interno di esse.

Partendo dagli obiettivi triennali, in coerenza con le risorse assegnate, l'Azienda individua gli obiettivi per l'anno di riferimento, delineando i risultati attesi attraverso opportuni set di indicatori e relativi target.

Gli obiettivi annuali rappresentano pertanto i traguardi da raggiungere al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi di medio lungo periodo, in ottica di miglioramento continuo.

Tali obiettivi da raggiungere vengono negoziati, formalizzati e diffusi ogni anno nell'ambito del processo di budget.

In sintesi, il Processo di Budget è il percorso operativo attraverso il quale si definiscono gli obiettivi di pertinenza delle Strutture organizzative aziendali e le relative risorse disponibili e si identificano i soggetti coinvolti ed il ruolo che essi ricoprono nell'ambito del Sistema di Budget.

Il processo di valutazione della performance organizzativa dell'azienda ha come oggetto il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti mediante il sistema di budget ed opera a tutti i livelli organizzativi, in funzione del grado di responsabilità previsto nell'organigramma aziendale.

Tramite il processo di budget annuale, l'azienda punta quindi a realizzare progressivamente gli obiettivi individuati nell'arco del triennio di riferimento.

L'azienda ha individuato nel sistema di budget lo strumento fondamentale che permette di calare gli indirizzi strategici, articolando e focalizzando i contenuti operativi rispetto al contesto in un percorso il più possibile condiviso.

E' quindi nel processo di negoziazione del budget che si sostanzia la declinazione degli obiettivi strategici regionali verso l'azienda, nel suo complesso e in tutte le sue diverse articolazioni: l'azienda infatti indirizza la propria attività, monitora e valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi ai vari livelli organizzativi interni, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dei servizi che offre.

Al fine di rendere il processo di budget uno strumento integrato e coerente per il governo dell'azienda è opportuno quindi prevedere uno stretto collegamento tra la programmazione strategica e la programmazione operativa.

E' in questa fase, ed in particolar modo nelle schede budget, che gli obiettivi trovano la declinazione in specifici indicatori e target di riferimento, assegnati alle singole strutture titolari di budget.

Attualmente nell'AOU Senese vi sono oltre 100 Centri di Responsabilità con relative schede budget.

Il dettaglio delle strutture e soggetti coinvolti, degli indicatori specifici e dei rispettivi target sono riportati nelle Schede Budget annuali, consultabili tramite sezione dedicata (Performance) sul sito internet aziendale (Amministrazione Trasparente).



Per i tempi e modi dell'assegnazione degli obiettivi e delle fasi di negoziazione di budget l'azienda ha formalizzato un apposito Regolamento Budget aziendale, che definisce attività, fasi, tempistiche e soggetti coinvolti sia del processo di definizione ed assegnazione degli obiettivi che del sistema di monitoraggio periodico dell'andamento gestionale e del grado di raggiungimento dei risultati attesi.

Coerentemente con il modello organizzativo definito dallo Statuto Aziendale e rappresentato nell'Organigramma e nel Piano Aziendale dei Centri di Responsabilità (CdR), il Processo di Budget prevede che la Negoziazione degli obiettivi possa avvenire a diversi livelli organizzativi e con differenti soggetti direttamente coinvolti.

- a) Budget di Azienda (o Master Budget)
- b) Budget di Macrostruttura (DAI / CdR di 1° livello)
- c) Budget Interaziendale
- d) Budget di Struttura (UOC-UOSA / CdR di 2° livello)
- e) Budget trasversale di strutture professionali/funzionali
- f) Budget individuale

- a) Il Budget generale di Azienda è determinato dalla definizione degli obiettivi strategici aziendali e dalla integrazione e dal coordinamento dei Budget relativi ai CdR di 1° livello (Macrostrutture organizzative o DAI); esso è corredato dagli obiettivi budgetari delle strutture di Staff e di quelle tecnico-amministrative di supporto ai processi produttivi tipici dell'Azienda.
- b) Il Budget di Macrostruttura è quello relativo al CdR di 1° livello (DAI e Aree Interdipartimentali) ed è determinato dagli obiettivi ed indirizzi specifici di attuazione assegnati e dalla integrazione e dal coordinamento dei Budget relativi ai CdR di 2° livello direttamente afferenti al DAI; essendo l'Azienda organizzata secondo il modello organizzativo dipartimentale, esso rappresenta il livello organizzativo tipico in cui predisporre, negoziare e formalizzare il documento di Budget e si basa sul miglioramento, sviluppo e coordinamento delle attività volte all'efficace ed efficiente erogazione delle prestazioni e dei servizi e sull'appropriata organizzazione, gestione ed utilizzo delle risorse materiali, umane, tecnologiche e strutturali assegnate.; esso può essere integrato da eventuali progetti specifici di carattere intradipartimentale, interdipartimentale e interaziendale.
- c) Il Budget Interaziendale è quello che attiene ad obiettivi assegnati ad una o più Strutture definiti dalla Direzione Aziendale di concerto con altre Strutture di altre Aziende Sanitarie (in modo particolare la Azienda USL Toscana Sud-Est) od altre Istituzioni.
- d) Il Budget di Struttura è quello relativo al CdR di 2° livello (UOC e UOSA) e rappresenta il livello organizzativo più analitico rispetto al quale viene predisposto, negoziato e formalizzato il documento di Budget; esso è il Budget di carattere operativo dell'Azienda e si esplicita in obiettivi qualitativi, quantitativi, di produzione e di attività (casistica da trattare) ed in indici di assorbimento delle risorse assegnate.



- e) Il Budget trasversale si riferisce all'assegnazione di obiettivi strategici aziendali alle Strutture professionali o funzionali, condivisi ed assegnati a vari livelli organizzativi aziendali e specifici per alcune tipologie di categorie professionali aziendali, che con le proprie risorse umane supportano i processi produttivi e le attività svolte dai vari DAL.
- f) Il Budget individuale si può avere quando la Direzione Aziendale procede all'individuazione di singoli e specifici obiettivi da assegnare individualmente ai diversi livelli di responsabilità presenti all'interno dell'Azienda. Tali obiettivi possono essere formalizzati all'interno del Budget di Struttura di appartenenza del soggetto (ad esempio i Direttori di Struttura) o in documenti specifici.

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

L'andamento degli obiettivi di budget viene verificato a livello aziendale mediante verifiche intermedie effettuate dalla Direzione Aziendale, reportistica periodica trimestrale trasmessa dalla UOC Controllo di Gestione, riunioni sistematiche a livello di struttura con gli operatori per la condivisione degli obiettivi, la verifica dell'andamento e la valutazione dei risultati finali.

La valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi a livello aziendale e dei risultati prodotti a fine esercizio dalle singole Strutture e dai relativi responsabili viene effettuata dalla Direzione Aziendale e dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), secondo quanto disposto dalla normativa legislativa e contrattuale vigente, con il supporto conoscitivo ed informativo assicurato dal Comitato di Budget ed, in modo particolare, dalla UOC Controllo di Gestione in termini di dati di attività, di produzione, quantitativi, qualitativi ed economici e sulla base delle eventuali integrazioni ed osservazioni presentate dai soggetti valutati.

L'OIV valida il processo di valutazione dei risultati finali e svolge un ruolo fondamentale di supervisione sul processo complessivo e sulla trasparenza dei risultati raggiunti.

## **h) Scheda di Budget**

La Scheda di Budget rappresenta lo strumento operativo di supporto, in cui vengono analiticamente e dettagliatamente esplicitati gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine assegnate ed i parametri per la valutazione dei risultati; la Scheda, attraverso la propria articolazione, costituisce il principale strumento aziendale di comunicazione e di scambio di dati ed informazioni tra la Direzione Aziendale e i vari Centri di Responsabilità.

La documentazione di Budget accompagna sistematicamente la Negoziazione aziendale degli obiettivi, favorendo la conoscenza ai vari livelli organizzativi dei fatti e dei fenomeni gestionali interni all'Azienda; sintetizzando, essa può essere costituita da:

- a) documentazione dei trend storici,
- b) documentazione delle linee-guida e degli indirizzi budgetari,



- c) documentazione di analisi esterne ed interne prodotte sui livelli di performance dell'AOU Senese,
- d) Schede di Budget, contenenti gli obiettivi da perseguire e le risorse assegnate alle Strutture,
- e) documentazione di supporto informativo per la Negoziazione di Budget, prodotta dal Comitato Budget e/o dai singoli CdR,
- f) altri documenti su tematiche specifiche trattate durante il Processo di Budget.

La Scheda di Budget di Struttura individua gli obiettivi generali assegnati al personale assegnato al Centro di Responsabilità e si articola in una Parte dedicata agli Obiettivi del Personale Dirigente (in cui sono identificati anche gli obiettivi aggiuntivi attribuiti alla responsabilità esclusiva del Direttore della Struttura) ed una Parte dedicata agli Obiettivi del Personale del Comparto (in cui sono identificati anche gli obiettivi attribuiti alla responsabilità esclusiva del personale con il ruolo di Coordinamento).

Relativamente al Personale Dirigente, nella propria architettura tipica, essa si articola nelle Sezioni, a loro volta costituite da un numero variabile di macroaree, di Obiettivi (regionali/aziendali) e di Indicatori, che si riportano di seguito a titolo esemplificativo:

- a) Obiettivi di Produzione / Appropriatezza / Organizzazione
  - Degenza Ordinaria
  - Day Hospital / Day Surgery / Day Service
  - Copertura Domanda di Salute della Popolazione di riferimento
  - Volumi e Tempi di Attesa Chirurgia Oncologica
  - Obiettivi Attività Chirurgica
  - Appropriatezza Ricovero
  - Prestazioni Ambulatoriali per Pazienti Esterni
  - Tempi di Attesa Specialistica Ambulatoriale
  - Obiettivi Attività Ambulatoriale
  - Prestazioni Ambulatoriali per Pazienti Interni (ricoverati)
  - Attività di Ricerca Scientifica
  - Altri Obiettivi
  
- b) Obiettivi di Qualità
  - Gestione SDO e Flussi
  - Rischio Clinico
  - Accreditamento / Qualità
  - Formazione
  - Altri Obiettivi
  
- c) Obiettivi di Efficienza / Utilizzo delle Risorse
  - Costi Beni di Consumo
  - Andamento Gestionale
  - Altri Obiettivi
  
- d) Eventuali Progetti di Sviluppo, di Riorganizzazione e/o di Miglioramento



Le suddette Sezioni rappresentano il Budget “operativo” ed “innovativo”, in cui per ciascuna Struttura sono riportati gli Obiettivi da perseguire da parte del Personale Dirigente, con un diverso sistema di pesi e di punteggi assegnati loro (per un totale di 100 punti) per la successiva valutazione dei risultati.

Nella Scheda di Budget sono inoltre rappresentati:

- l’andamento dei Risultati Anni perseguiti dalla Struttura (e dal Direttore) negli anni precedenti
- l’andamento temporale delle Unità di Personale Dirigente (espresse in Unità Equivalenti Giuridiche / Full Time Equivalent) assegnato alla Struttura

La Scheda di Budget, oltre agli Obiettivi assegnati per l’anno successivo, riporta una serie storica pluriennale di dati ed eventuali documenti allegati, al fine di arricchire di informazioni e di contenuti la rappresentazione dei fatti gestionali di ciascun CdR.

All’interno del Sistema Budgetario sono presenti pertanto anche elementi di carattere “innovativo”, in cui a livello di singolo CdR si riportano progetti/obiettivi finalizzati allo sviluppo di nuove attività, all’introduzione di elementi innovativi od alla realizzazione di processi di riorganizzazione, di riqualificazione o di miglioramento delle performance complessive aziendali.

L’iter per individuare e definire i progetti di sviluppo/miglioramento di carattere trasversale (di tipo Intradipartimentale, Interdipartimentale o Interaziendale), da inserire all’interno del Processo di Budget Aziendale, si avvia con le proposte formulate dai Direttori di Dipartimento ed inviate (utilizzando il format di Scheda di Presentazione dei Progetti riportata in calce) alla Direzione Aziendale per una valutazione della loro coerenza rispetto alle linee strategiche aziendali.

Gli elementi essenziali, da riportare all’interno della Scheda di Presentazione dei Progetti, sono i seguenti:

- il Dipartimento proponente,
- il Titolo del Progetto,
- la Finalità ed i Risultati Attesi,
- la Tipologia del Progetto,
- la Data di Avvio e di Conclusione del Progetto (che può essere a carattere annuale o pluriennale),
- il Cronoprogramma delle Attività intermedie, con le relative scadenze trimestrali, gli Indicatori di Verifica ed i Valori Target,
- l’elenco delle Strutture coinvolte a cui è assegnato il Progetto,
- la Data,
- la Sottoscrizione da parte dei Direttori del Dipartimento Proponente e di quelli coinvolti,
- la Sottoscrizione da parte dei Direttori delle Strutture a cui è assegnato il Progetto,
- la Sottoscrizione ed Approvazione del Progetto da parte della Direzione Aziendale.



**SCHEDA DI PRESENTAZIONE  
PROGETTO INTRADIPARTIMENTALE / INTERDIPARTIMENTALE / INTERAZIENDALE**

**DIPARTIMENTO PROPONENTE :**

\_\_\_\_\_

**TITOLO DEL PROGETTO :**

\_\_\_\_\_

**FINALITA' E RISULTATI ATTESI :**

\_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DEL PROGETTO :**

PROGETTO INTRADIPARTIMENTALE \_\_\_\_\_ PROGETTO INTERDIPARTIMENTALE \_\_\_\_\_ PROGETTO INTERAZIENDALE \_\_\_\_\_

**DATA DI AVVIO DEL PROGETTO :** \_\_\_\_\_ **DATA DI CONCLUSIONE DEL PROGETTO :** \_\_\_\_\_

**CRONOPROGRAMMA ED INDICATORI DI VERIFICA (MONITORAGGIO TRIMESTRALE BUDGET):**

FASE	ENTRO IL	AZIONE / RISULTATO ATTESO	INDICATORE DI VERIFICA (specificando fonte dati e/o criteri di calcolo)	VALORE TARGET	ANDAMENTO TRIMESTRALE (entro fine MESE successivo)
1	31 MAR 2023				
2	30 GIU 2023				
3	30 SET 2023				
4	31 DIC 2023				

**STRUTTURE A CUI E' ASSEGNATO IL PROGETTO (SCHEDA DI BUDGET 2023) :**

- A.
- B.
- C.
- D.
- E.
- F.

**DATA** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DIRETTORE DIPARTIMENTO PROPONENTE :** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DIRETTORE DIPARTIMENTO COINVOLTO :** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DIRETTORE DIPARTIMENTO COINVOLTO :** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DIRETTORE STRUTTURA A CUI E' ASSEGNATO IL PROGETTO :** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DIRETTORE STRUTTURA A CUI E' ASSEGNATO IL PROGETTO :** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DIRETTORE STRUTTURA A CUI E' ASSEGNATO IL PROGETTO :** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DIRETTORE STRUTTURA A CUI E' ASSEGNATO IL PROGETTO :** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DIRETTORE STRUTTURA A CUI E' ASSEGNATO IL PROGETTO :** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DIRETTORE SANITARIO PER APPROVAZIONE DEL PROGETTO :** \_\_\_\_\_



La parte inferiore della Scheda di Budget è dedicata infine alla sottoscrizione degli Obiettivi negoziati e condivisi tra la Direzione Aziendale ed i Dipartimenti (e le singole Strutture ad essi afferenti).

La Scheda di Budget riporta inoltre la Sezione dedicata agli Obiettivi assegnati al Personale del Comparto, con i relativi indicatori di verifica, suddivisi per:

- Centri di Costo di assegnazione del Personale
- singole figure professionali
- tipologia di Obiettivo

## **i) Il processo per la gestione del ciclo della performance**

Al fine di favorire il conseguimento degli obiettivi budgetari, l'Azienda ha posto in essere un efficace meccanismo di verifica dei risultati infrannuali raggiunti a livello generale ed analitico, in modo che la Direzione Aziendale possa intervenire con tempestività sull'andamento della gestione.

Il sistema degli obiettivi aziendali viene pertanto sottoposto, durante l'esercizio, alla sistematica rilevazione dei dati e ad un continuo monitoraggio, finalizzati ad evidenziare gli scostamenti della gestione reale rispetto a quella attesa, così da consentire in tempi utili di adottare le misure e gli interventi correttivi necessari.

Il sistema aziendale di monitoraggio dei risultati si avvale costantemente del meccanismo integrato aziendale tra il Sistema di Budget ed il Sistema di Contabilità Analitica.

Tale meccanismo è gestito dalla UO Controllo di Gestione, che ne ha la diretta responsabilità.

Partendo dalle informazioni contenute nel Sistema di Budget, dai dati rilevati dal Sistema di Contabilità Analitica aziendale e dalle informazioni provenienti dai vari sistemi informativi direzionali, viene effettuata a cadenza periodica (a seconda della significatività e della rilevanza dei fattori produttivi di costo, delle voci di attività e di ricavo e delle altre voci inserite nel Processo di Budget) l'analisi degli scostamenti, al fine di stabilire il grado di raggiungimento infrannuale degli obiettivi ai vari livelli di responsabilità aziendale.

Tale analisi tra obiettivi assegnati e risultati intermedi raggiunti, ancorché parziale, è organizzata in modo da evidenziare le possibili cause che possano aver determinato l'eventuale scarto rispetto ai valori attesi e da permettere alla Direzione Aziendale di individuare di conseguenza le possibili azioni correttive da mettere in atto.

L'analisi degli scostamenti, effettuata dalla UO Controllo di Gestione, si può arricchire delle periodiche relazioni prodotte dalle singole Strutture, che esplicitino le motivazioni che possono non aver consentito il pieno raggiungimento dei rispettivi risultati attesi.

Tali elementi di valutazione rappresentano la base decisionale per la Direzione Aziendale, la quale, anche a seguito di appositi incontri con i Direttori di DAI ed eventualmente di Struttura interessati, attua tempestivamente le azioni correttive necessarie ad intervenire sulla gestione, a modificare i comportamenti ed a migliorare i livelli di performance prodotti.

Nel caso in cui dall'analisi degli scostamenti si evidenzia la presenza di fattori esterni non governati dall'Azienda e dalle singole Strutture, i quali impongono azioni non più in linea e coerenti con gli



obiettivi iniziali, scaturisce la necessità nel corso dell'esercizio di modificare e di ridefinire gli obiettivi assegnati con la Negoziazione di Budget.

I riferimenti per la regolamentazione della valutazione sono costituiti dalla verifica intermedia e dalla verifica finale degli obiettivi aziendali.

La valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi è svolta dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) aziendale, sulla base delle risultanze delle verifiche aziendali effettuate dal Comitato Budget e/o dalla UO Controllo di Gestione e delle eventuali osservazioni formulate dai Direttori delle Strutture oggetto di valutazione.

Le valutazioni finali degli obiettivi aziendali sono effettuate dall'OIV per gli adempimenti normativi previsti dal sistema premiante aziendale.

Sulla base delle suddette valutazioni, il Direttore Generale adotta i conseguenti atti di propria competenza e predispone la corresponsione al personale delle relative spettanze.

La verifica degli obiettivi generali, in termini di servizi erogati, di risorse utilizzate, di livelli di performance raggiunti e di posizionamento strategico aziendale, è svolta dalla Direzione Aziendale, avvalendosi delle Strutture organizzative dello Staff, nell'esercizio della funzione strategica del controllo direzionale.

La responsabilità dei risultati analitici può essere individuale e di Struttura; difatti tale responsabilità è diversamente valutata per le "posizioni" di Direttore di Struttura, degli altri Dirigenti assegnati alla Struttura e degli operatori del comparto.

La valutazione complessiva delle Strutture di supporto tecnico-amministrative e di Staff è data dalla verifica degli obiettivi specificamente previsti ed assegnati a tali Strutture ed è anch'essa effettuata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

In estrema sintesi ed utilizzando una forma schematizzata, il Processo per la Gestione del Ciclo della Performance si può articolare pertanto nelle seguenti fasi:

- a. Fase di Elaborazione della Proposta di Budget
- b. Fase di Negoziazione degli Obiettivi di Budget
- c. Fase di Monitoraggio Infrannuale degli Obiettivi di Budget
- d. Fase di Verifica Finale del Budget e di Valutazione della Performance Organizzativa

## FASE DI ELABORAZIONE DELLA PROPOSTA DI BUDGET



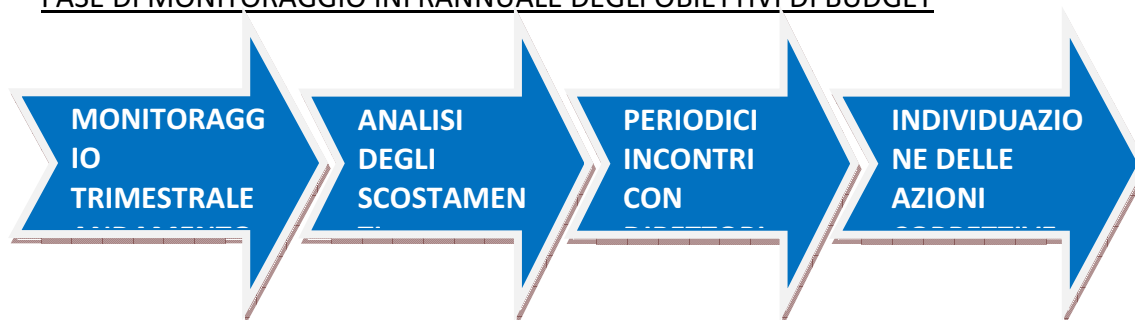
## FASE DI NEGOZIAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET







FASE DI MONITORAGGIO INFRANNUALE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET



FASE DI VERIFICA FINALE DEL BUDGET E DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA



Nelle pagina successiva si riporta il cronoprogramma del Processo di Budget e della Gestione del Ciclo della Performance aziendale (Monitoraggio Andamento e Verifiche Finali), in cui sono esplicitate le singole fasi del Processo con le relative tempistiche, le azioni da intraprendere ed i vari soggetti aziendali direttamente coinvolti.



## a) Negoziazione, Definizione ed Assegnazione Obiettivi Budget Anno t

TEMPO	FASE	AZIONE	SOGGETTI COINVOLTI
Gen anno t	Definizione linee di indirizzo	- Valutazione dell'andamento aziendale e degli indici di performance nell'anno t-1; - Predisposizione delle linee di indirizzo per l'anno t	- Direttore Generale con il supporto dei Direttori Sanitario ed Amministrativo e dell'Ufficio di Direzione
Gen anno t	Adozione documento della Performance	- Predisposizione documento della Performance; - Adozione Delibera Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) contenente la sottosezione programmazione - Performance; - Pubblicazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) contenente la sottosezione programmazione - Performance; su "Amministrazione Trasparente"	- Direzione Aziendale - Staff Direzione Aziendale - Comitato di Budget - UO Controllo di Gestione - UOC Affari Generali e Legali
Gen anno t	Conferimento di operatività agli indirizzi	- Incontri con Comitato Budget e UO Controllo di Gestione; - Mandato per la prima stesura delle Schede di Budget	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione
Gen anno t	Verifica di sintesi del Budget di Azienda	- Consolidamento del Master Budget aziendale; - Verifica di compatibilità con il Bilancio Preventivo	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - UO Bilancio
Gen/Feb anno t	Assegnazione Regionale Obiettivi alle Aziende Sanitarie per l'anno t	- Invio della Regione Toscana degli Obiettivi assegnati all'AOU Senese per l'anno t; - Inserimento degli Obiettivi all'interno della Negoziazione Budgetaria Aziendale	- Regione Toscana - Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione
Gen/Feb anno t	Negoziazione Budget	- Presentazione e discussione delle linee di indirizzo, articolate nelle Schede di Budget; - Negoziazione esterna e interna con CdR di 1° livello, nel rispetto dei vincoli previsti nel Bilancio Preventivo	- Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° livello (DAI) - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Aree Professionali-funzionali
Gen/Feb anno t (subito dopo "Negoziaz. Budget")	Avvio fase operativa con Obiettivi definiti durante "Negoziazione Budget"	- Raccordo del Budget con i conti economici del Bilancio; - Creazione di matrici di monitoraggio conti/CdR; - Assegnazione obiettivi e risorse	- Comitato di Budget - UO Controllo di Gestione
Feb/Mar anno t	Negoziazione Budget "allargata" e Redazione Schede di Budget rettificata ed aggiornate	- Negoziazione interna con CdR di 1° e 2° livello; - Predisposizione delle Schede di Budget con aggiornamento dei dati Consuntivi annui ed eventuali rettifiche a seguito di confronto con CdR	- Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Comitato di Budget - UO Controllo di Gestione
Mar anno t	Formalizzazione del documento di Budget	- Sottoscrizione delle Schede di Budget finali; - Adozione Delibera Budget Aziendale; - Pubblicazione Schede di Budget Aziendali su "Amministrazione Trasparente"	- Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - UO Controllo di Gestione



**b) Monitoraggio Schede di Budget, Analisi Andamento Obiettivi e Verifiche Finali**

<b>TEMPO</b>	<b>FASE</b>	<b>AZIONE</b>	<b>SOGGETTI COINVOLTI</b>
Gen/Dic anno t	Monitoraggio degli Obiettivi, verifica dell'andamento gestionale ed analisi degli scostamenti infrannuale (mensile)	- Elaborazione ed analisi mensile Andamento degli Obiettivi Aziendali rispetto ai risultati attesi; - Periodico approfondimento sull'Andamento Aziendale all'interno dell'Ufficio di Direzione; - Periodici incontri di verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi con le Direzioni DAI	- Direzione Aziendale - Ufficio di Direzione - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Aree Professionali-funzionali
Gen/Dic anno t	Monitoraggio degli Obiettivi, verifica dell'andamento gestionale ed analisi degli scostamenti infrannuale (trimestrale)	- Elaborazione ed analisi trimestrale Andamento degli Obiettivi Aziendali e delle Strutture Aziendali (Schede di Budget); - Periodici incontri di verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi con CdR di 1° e 2° livello	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Aree Professionali-funzionali
Nov anno t	Valutazione dei risultati e verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi Personale del Comparto (1° semestre)	- Elaborazione ed analisi Andamento semestrale degli Obiettivi Personale del Comparto; - Verifica dei risultati; - Valutazione finale	- OIV - Direzione Aziendale - UO Controllo di Gestione - UO Personale
Feb/Giu anno t+1	Verifica consuntiva dell'andamento gestionale ed analisi finale degli scostamenti	- Consolidamento dati attività, risorse e Misurazione Grado di Raggiungimento Obiettivi (Dirigenza e Comparto) - Analisi finale degli scostamenti	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Aree Professionali-funzionali
Giu anno t+1	Adozione Relazione sulla Performance	- Predisposizione documento Relazione sulla Performance; - Adozione Delibera Relazione sulla Performance; - Pubblicazione Relazione sulla Performance su "Amministrazione Trasparente"	- Direzione Aziendale - Ufficio di Direzione - Comitato di Budget - UO Controllo di Gestione
Lug anno t+1	Valutazione dei risultati e verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi Personale del Comparto (2° semestre)	- Elaborazione ed analisi Andamento semestrale degli Obiettivi Personale del Comparto; - Verifica dei risultati; - Valutazione finale	- OIV - Direzione Aziendale - UO Controllo di Gestione - UO Personale
Set/Nov anno t+1	Valutazione dei risultati e verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi Personale Dirigente	- Elaborazione ed analisi Andamento annuale degli Obiettivi Personale Dirigente; - Verifica dei risultati; - Raccolta delle osservazioni dei soggetti valutati; - Valutazione finale	- OIV - Direzione Aziendale - UO Controllo di Gestione - UO Personale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA)



c) Negoziazione, Definizione ed Assegnazione Obiettivi Budget Anno t

TEMPO	FASE	AZIONE	SOGGETTI COINVOLTI
Gen anno t	Definizione linee di indirizzo	- Valutazione dell'andamento aziendale e degli indici di performance nell'anno t-1; - Predisposizione delle linee di indirizzo per l'anno t	- Direttore Generale con il supporto dei Direttori Sanitario ed Amministrativo e dell'Ufficio di Direzione
Gen anno t	Adozione documento della Performance	- Predisposizione documento della Performance; - Adozione Delibera Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) contenente la sottosezione programmazione - Performance; - Pubblicazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) contenente la sottosezione programmazione - Performance; su "Amministrazione Trasparente"	- Direzione Aziendale - Staff Direzione Aziendale - Comitato di Budget - UO Controllo di Gestione - UOC Affari Generali e Legali
Gen anno t	Conferimento di operatività agli indirizzi	- Incontri con Comitato Budget e UO Controllo di Gestione; - Mandato per la prima stesura delle Schede di Budget	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione
Gen anno t	Verifica di sintesi del Budget di Azienda	- Consolidamento del Master Budget aziendale; - Verifica di compatibilità con il Bilancio Preventivo	- Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - UO Bilancio
Gen/Feb anno t	Assegnazione Regionale Obiettivi alle Aziende Sanitarie per l'anno t	- Invio della Regione Toscana degli Obiettivi assegnati all'AOU Senese per l'anno t; - Inserimento degli Obiettivi all'interno della Negoziazione Budgetaria Aziendale	- Regione Toscana - Direzione Aziendale - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione
Gen/Feb anno t	Negoziazione Budget	- Presentazione e discussione delle linee di indirizzo, articolate nelle Schede di Budget; - Negoziazione esterna e interna con CdR di 1° livello, nel rispetto dei vincoli previsti nel Bilancio Preventivo	- Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° livello (DAI) - Comitato Budget - UO Controllo di Gestione - Aree Professionali-funzionali
Gen/Feb anno t (subito dopo "Negoziaz. Budget")	Avvio fase operativa con Obiettivi definiti durante "Negoziazione Budget"	- Raccordo del Budget con i conti economici del Bilancio; - Creazione di matrici di monitoraggio conti/CdR; - Assegnazione obiettivi e risorse	- Comitato di Budget - UO Controllo di Gestione
Feb/Mar anno t	Negoziazione Budget "allargata" e Redazione Schede di Budget rettificata ed aggiornate	- Negoziazione interna con CdR di 1° e 2° livello; - Predisposizione delle Schede di Budget con aggiornamento dei dati Consuntivi annui ed eventuali rettifiche a seguito di confronto con CdR	- Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - Comitato di Budget - UO Controllo di Gestione
Mar anno t	Formalizzazione del documento di Budget	- Sottoscrizione delle Schede di Budget finali; - Adozione Delibera Budget Aziendale; - Pubblicazione Schede di Budget Aziendali su "Amministrazione Trasparente"	- Direzione Aziendale - Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA) - UO Controllo di Gestione



## d) Monitoraggio Schede di Budget, Analisi Andamento Obiettivi e Verifiche Finali

TEMPO	FASE	AZIONE	SOGGETTI COINVOLTI
Gen/Dic anno t	Monitoraggio degli Obiettivi, verifica dell'andamento gestionale ed analisi degli scostamenti infrannuale (mensile)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborazione ed analisi mensile Andamento degli Obiettivi Aziendali rispetto ai risultati attesi;</li> <li>- Periodico approfondimento sull'Andamento Aziendale all'interno dell'Ufficio di Direzione;</li> <li>- Periodici incontri di verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi con le Direzioni DAI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Aziendale</li> <li>- Ufficio di Direzione</li> <li>- Comitato Budget</li> <li>- UO Controllo di Gestione</li> <li>- Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA)</li> <li>- Aree Professionali-funzionali</li> </ul>
Gen/Dic anno t	Monitoraggio degli Obiettivi, verifica dell'andamento gestionale ed analisi degli scostamenti infrannuale (trimestrale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborazione ed analisi trimestrale Andamento degli Obiettivi Aziendali e delle Strutture Aziendali (Schede di Budget);</li> <li>- Periodici incontri di verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi con CdR di 1° e 2° livello</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Aziendale</li> <li>- Comitato Budget</li> <li>- UO Controllo di Gestione</li> <li>- Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA)</li> <li>- Aree Professionali-funzionali</li> </ul>
Nov anno t	Valutazione dei risultati e verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi Personale del Comparto (1° semestre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborazione ed analisi Andamento semestrale degli Obiettivi Personale del Comparto;</li> <li>- Verifica dei risultati;</li> <li>- Valutazione finale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- OIV</li> <li>- Direzione Aziendale</li> <li>- UO Controllo di Gestione</li> <li>- UO Personale</li> </ul>
Feb/Giu anno t+1	Verifica consuntiva dell'andamento gestionale ed analisi finale degli scostamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidamento dati attività, risorse e Misurazione Grado di Raggiungimento Obiettivi (Dirigenza e Comparto)</li> <li>- Analisi finale degli scostamenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Aziendale</li> <li>- Comitato Budget</li> <li>- UO Controllo di Gestione</li> <li>- Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA)</li> <li>- Aree Professionali-funzionali</li> </ul>
Giu anno t+1	Adozione Relazione sulla Performance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predisposizione documento Relazione sulla Performance;</li> <li>- Adozione Delibera Relazione sulla Performance;</li> <li>- Pubblicazione Relazione sulla Performance su "Amministrazione Trasparente"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Aziendale</li> <li>- Ufficio di Direzione</li> <li>- Comitato di Budget</li> <li>- UO Controllo di Gestione</li> </ul>
Lug anno t+1	Valutazione dei risultati e verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi Personale del Comparto (2° semestre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborazione ed analisi Andamento semestrale degli Obiettivi Personale del Comparto;</li> <li>- Verifica dei risultati;</li> <li>- Valutazione finale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- OIV</li> <li>- Direzione Aziendale</li> <li>- UO Controllo di Gestione</li> <li>- UO Personale</li> </ul>
Set/Nov anno t+1	Valutazione dei risultati e verifica del grado di raggiungimento degli Obiettivi Personale Dirigente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborazione ed analisi Andamento annuale degli Obiettivi Personale Dirigente;</li> <li>- Verifica dei risultati;</li> <li>- Raccolta delle osservazioni dei soggetti valutati;</li> <li>- Valutazione finale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- OIV</li> <li>- Direzione Aziendale</li> <li>- UO Controllo di Gestione</li> <li>- UO Personale</li> <li>- Direttori CdR 1° (DAI/Area) e 2° livello (UOC/UOSA)</li> </ul>



## **2.3 Sottosezione di programmazione Rischi corruttivi e trasparenza**

**Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza 2023-2025 – Allegato 3) al PIAO  
Mappatura delle aree di rischio – Allegato 4) al PIAO**

## **SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

### **3.1 Sottosezione di programmazione Struttura organizzativa**

#### **3.1.1 ORGANIZZAZIONE**

L'organizzazione dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese, fondata su criteri di multidisciplinarietà e multiprofessionalità, è finalizzata al miglioramento delle competenze professionali, tecniche e scientifiche e risponde alla ricerca continua del miglioramento dei risultati assistenziali, di didattica e di ricerca e del miglioramento organizzativo-gestionale.

Le funzioni operative svolte all'interno dell'AOUS sono attribuite alle strutture organizzative, cui sono assegnate le disponibilità di risorse umane e strumentali da parte della Direzione Aziendale per le finalità indicate e negoziate nel budget in relazione ai dati di attività rilevati e coerenti con gli obiettivi.

La Direzione Aziendale definisce attraverso la pianificazione strategica gli obiettivi annuali e triennali, oltre alle strategie per il loro raggiungimento, avvalendosi dei responsabili delle strutture dipartimentali ed anche attivando appositi gruppi di lavoro.

L'organizzazione dell'Azienda è funzionale all'ottimizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici integrati, che rappresentano il modello privilegiato di gestione delle attività aziendali e finalizzato a garantire la centralità dell'utente, una migliore qualità e sicurezza, una migliore efficienza gestionale, in tal modo assicurando l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili.

L'organizzazione interna è rappresentata nello Statuto Aziendale, adottato con Deliberazione n.419/2019 e s.m.i.; da tener presente che lo Statuto Aziendale, proprio con riferimento al Titolo V – "Il modello organizzativo", è in corso di revisione; il nuovo testo sarà adottato nel corso dell'anno 2023.

Essa si articola in:

- Dipartimenti
- Aree
- Strutture Complesse (U.O.C.)
- Strutture Semplici, dipartimentali e non (U.O.S.A. e U.O.S.)



- Centri clinici
- Centri di ricerca e sperimentazione (introdotti con il nuovo schema di Statuto)
- Unità Operative Professionali, limitatamente al personale del comparto che svolge funzioni assistenziali, come disciplinate dalla L.R.T. 40/2005 e s.m.i.

Fanno parte inoltre dell'organizzazione aziendale i percorsi diagnostico-terapeutici, i programmi e gli incarichi professionali, ferma restando la possibilità di sperimentare forme innovative di integrazione operativa.

L'articolazione organizzativa dell'AOUS è rappresentata nell'organigramma aziendale, adottato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Siena, limitatamente ai Dipartimenti ad attività integrata, alle Aree, alle strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale, individuando, per ciascuna tipologia, le articolazioni organizzative a direzione universitaria e quelle a direzione ospedaliera.

**L'organizzazione dipartimentale** è il modello di gestione operativa dell'A.O.U.S. al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca e la gestione integrata e coordinata delle attività tecnico-amministrative. Con tale modello viene, inoltre, data attuazione al principio di partecipazione dei professionisti.

Lo Statuto dell'AOUS individua le seguenti tipologie di organizzazione dipartimentale:

- DIPARTIMENTI DI TIPO CLINICO-ASSISTENZIALE AD ATTIVITÀ INTEGRATA (D.A.I.)
- DIPARTIMENTI ASSISTENZIALI (D.A.)
- DIPARTIMENTI TECNICO-SCIENTIFICI
- DIPARTIMENTI DELLE PROFESSIONI
- DIPARTIMENTI TECNICO-AMMINISTRATIVI

In linea con le vigenti disposizioni regionali possono inoltre essere istituiti, congiuntamente con le altre Aziende sanitarie della Regione Toscana, Dipartimenti Interaziendali.

Il **Dipartimento ad Attività Integrata (D.A.I.)** è una modalità di gestione operativa delle attività assistenziali integrate con la didattica e la ricerca, adottata al fine di perseguire, insieme alle strutture organizzative che lo compongono, l'ottimale realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali e riabilitativi. Il Dipartimento è una struttura sovraordinata rispetto alle strutture operative relativamente agli aspetti gestionali loro assegnati. Il D.A.I. è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità tra loro indipendenti, mantenendo la propria autonomia e responsabilità in ordine agli aspetti clinico-assistenziali e gestionali, nell'ambito dei compiti e delle risorse attribuite alle strutture organizzative afferenti al DAI attraverso la procedura di budget. Ogni D.A.I. deve presentare una dimensione minima di almeno due strutture organizzative complesse.



Sono organismi interni di ciascun D.A. il Direttore di Dipartimento, il Comitato di Dipartimento; l'Assemblea di Dipartimento.

I **Dipartimenti Assistenziali (D.A.)** sono costituiti ai sensi dell'art. 3, c. 7, del D.Lgs. 517/1999 e s.m.i. e dell'art. 17-bis del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. Essi ricomprendono al loro interno esclusivamente strutture organizzative a direzione ospedaliera.

Il Dipartimento Assistenziale è una modalità di gestione operativa delle attività assistenziali adottata al fine di perseguire, insieme alle strutture organizzative che lo compongono, l'ottimale realizzazione del percorso diagnostico-terapeutico assistenziali e riabilitativi. Il Dipartimento Assistenziale è una struttura sovraordinata rispetto alle strutture operative relativamente agli aspetti gestionali loro assegnati. Il D.A. è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità tra loro indipendenti, mantenendo la propria autonomia e responsabilità in ordine agli aspetti clinico-assistenziali e gestionali, nell'ambito dei compiti e delle risorse attribuite alle strutture organizzative afferenti al D.A. attraverso la procedura di budget. Ogni D.A. deve presentare una dimensione minima di almeno due strutture organizzative.

Il D.A. è istituito in base alla casistica attesa ed all'omogeneità o affinità delle funzioni operative necessarie a garantire, in via prioritaria, l'omogeneità e l'affinità dei percorsi assistenziali, all'affinità di patologie, di casistiche o di attività, alla specificità dell'organo, apparato o distretto anatomico, od ancora al criterio dell'intensità e la rapidità della cura.

Sono organismi interni di ciascun D.A. il Direttore di Dipartimento, il Comitato di Dipartimento, l'Assemblea di Dipartimento.

Il **Dipartimento tecnico-scientifico** riveste un ruolo di indirizzo tecnico-scientifico finalizzato alla centralità dell'assistenza sanitaria. Svolge inoltre funzioni di ricerca, sperimentazione, controllo, documentazione e formazione aderenti agli obiettivi aziendali. L'obiettivo principale è quello di sviluppare in maniera coordinata, trasversalmente alle varie specialistiche, percorsi diagnostico clinici assistenziali basati sulle evidenze e sulla ricerca scientifica, utilizzando soluzioni diversificate ed innovative.

I **Dipartimenti delle professioni sanitarie** sono articolati in *Dipartimento delle professioni infermieristiche ed ostetriche* e *Dipartimento delle Professioni Sanitari e Tecnico-Sanitarie* (nella revisione dello Statuto: *Dipartimento delle professioni tecnico sanitarie della riabilitazione e della prevenzione*).

Ogni Dipartimento delle Professioni deve presentare una dimensione minima di almeno due strutture organizzative complesse.

I Dipartimenti delle professioni sanitarie hanno funzioni di tipo programmatico e funzioni di tipo gestionale, allocativo e operativo.

I **percorsi diagnostico terapeutici** sono lo strumento organizzativo, prevalentemente interdipartimentale, che integra le risorse tecniche e professionali necessarie alla continuità di svolgimento del processo di cura dei pazienti, al fine di ottenere un risultato di alto standard





qualitativo sia nelle dimensioni tecnico-professionali che nei tempi di risposta complessivi. Sono gestiti, di norma, da un medico delle strutture operative appartenenti ai Dipartimenti interessati, nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario, sentiti i Direttori dei D.A.I. cointeressati. Intorno al percorso viene definito un team multidisciplinare e multiprofessionale appartenente ai Dipartimenti interessati. I professionisti afferiscono al team sulla base delle loro competenze specifiche e, pur rimanendo operativi all'interno della struttura di appartenenza, per le attività relative al percorso sono assegnati funzionalmente al team. Ogni Dipartimento propone l'attuazione dei percorsi rispondenti ai seguenti criteri: • forte necessità di integrazione; • alta criticità e/o complessità; • alto costo; • alti volumi.

Il **Centro Clinico** è una forma organizzativa altamente specializzata e di coordinamento, funzionale alle strutture operative per garantire l'omogeneità della linea produttiva. Il Centro Clinico opera all'interno di uno o più Dipartimenti. Il Centro, attraverso il suo Responsabile, risponde direttamente alla Direzione Sanitaria per gli obiettivi assegnati all'interno di un processo di negoziazione tra il Centro stesso, la Direzione Aziendale e la/e Direzione/i del/i Dipartimento/i all'interno del/i quale/i è collocato. Per garantire i massimi livelli di qualità e di efficienza il Centro Clinico rappresenta l'unica sede di erogazione aziendale per le attività tipiche del percorso diagnostico terapeutico realizzato dal centro. A ciascun Centro Clinico è preposto un Responsabile, nominato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore, se trattasi di struttura operativa a direzione universitaria, su proposta del Direttore Sanitario, sentito/i il/i Direttore/i del/i Dipartimento/i interessato/i. Le procedure di realizzazione di un Centro Clinico, nonché le sue modalità di funzionamento, sono definite da un regolamento adottato dal Direttore Generale.

Nello schema del nuovo Statuto, i **Centri di ricerca e sperimentazione** sono una forma organizzativa che promuove l'integrazione dell'attività di ricerca e sperimentazione fra l'ambito medico e altre aree scientifiche. Ai Centri afferiscono strutture e/o professionisti della AOUS e Ricercatori e/o Dipartimenti dell'Università degli Studi di Siena e/o di altri Atenei e Enti di ricerca pubblici. I Centri di ricerca e sperimentazione sostengono l'innovazione nei vari campi di applicazione clinici che possono contribuire al miglioramento delle condizioni di vita e di salute dei pazienti di cui l'AOUS si prende cura.

Al fine di assicurare una razionale programmazione ed utilizzazione delle risorse, nonché il miglioramento dell'efficienza dei processi operativi inerenti alle funzioni tecniche e amministrative, ***l'Azienda adotta il modello organizzativo dipartimentale anche per le strutture tecnico amministrative***, con l'istituzione, con atto del Direttore Generale su proposta del Direttore Amministrativo, di **Dipartimenti tecnico-amministrativi** allo scopo di garantire l'omogeneità alle funzioni operative amministrative.

Ogni Dipartimento tecnico-amministrativo deve presentare una dimensione minima di almeno due strutture organizzative complesse. L'Azienda inoltre disciplina con apposito regolamento, adottato dal Direttore Generale, il funzionamento dei Dipartimenti tecnico-amministrativi.



L'**Area** è una articolazione interdipartimentale o intradipartimentale, istituita sia in ambito sanitario che tecnico-amministrativo, con apposito atto del Direttore Generale, d'intesa con il Rettore.

Le Aree fungono da aggregazione di unità operative con funzioni omogenee in un'ottica di continuo confronto e miglioramento delle attività clinico-assistenziali ed organizzativo-gestionali.

Nello specifico, attraverso le Aree, si garantisce:

- l'integrazione orizzontale di conoscenze e competenze multiprofessionali;
- la formazione e lo sviluppo professionale;
- la diffusione della cultura della partecipazione e condivisione;
- la condivisione delle risorse umane, tecnologiche e strutturali.

Le **strutture semplici** si distinguono in:

- a) Unità Operative Semplici (U.O.S /Uffici)
- b) Unità Operative Semplici Autonome (U.O.S.A) a valenza dipartimentale

Le **U.O.S./Uffici** sono strutture interne alle unità Operative Complesse dotate di autonomia tecnico professionale che si esprime nell'ambito delle direttive impartite dal direttore della unità operativa complessa di riferimento. La U.O.S. è costituita per lo svolgimento di attività sanitarie ospedaliere, gli uffici per le attività tecnico amministrative. Hanno un loro livello di autonomia gestionale per le risorse affidate dal Direttore della Unità operativa sovra ordinata, con la quale operano in piena coerenza e per la quale garantiscono le attività comuni che competono loro. In coerenza con il "Regolamento Budget" non sono destinatarie di obiettivi e risorse negoziati con la Direzione Generale, ma operano nel rispetto di indicazioni e con risorse messe a disposizione del Direttore della UOC di afferenza.

Le **U.O.S.A.** sono caratterizzate da specifici e definiti ambiti di autonomia con correlate responsabilità riguardanti la gestione diretta delle risorse assegnate dal Direttore del Dipartimento per il perseguimento degli obiettivi gestionali e di governo clinico che questi ha fissato; tali obiettivi costituiscono il presupposto necessario per la verifica da parte dello stesso Direttore e della Direzione Aziendale.

Alle suddette strutture semplici di cui alle lettere a) e b), costituite con atto del Direttore Generale, è preposto un Responsabile nominato dallo stesso Direttore Generale, d'intesa con il Rettore se trattasi di personale universitario, su proposta del Direttore della Unità Operativa o del Direttore di Dipartimento nel caso di U.O.S.A. a valenza dipartimentale. Il Responsabile partecipa al Comitato di Dipartimento.

La **struttura organizzativa complessa (Unità Operativa Complessa – U.O.C.)** rappresenta un'articolazione dell'Azienda che aggrega risorse e competenze professionali. Le funzioni operative



svolte dall'Azienda sono attribuite, secondo le disposizioni dello Statuto e dei Regolamenti aziendali, alle strutture organizzative.

Le strutture organizzative sono definite complesse in relazione a: funzioni da svolgere, entità delle risorse assegnate, dimensioni e costi di produzione, valenza strategica ed autonomia. In ogni caso devono essere osservate le soglie operative previste dalla normativa vigente.

Tutte le strutture organizzative richiedono l'individuazione di una posizione di responsabilità al loro vertice. A ciascuna U.O.C. è preposto un Direttore che risponde del conseguimento degli obiettivi assegnati alla struttura e della gestione delle risorse assegnate, dell'osservanza delle leggi e della rispondenza dell'attività a criteri di qualità, economicità, efficacia ed efficienza.

Ai sensi dell'art. 5, co. 4, del D.Lgs. 517/1999, ai docenti universitari può essere affidata la responsabilità di **programmi interdipartimentali, intradipartimentali o infrastruttura complessa**. I Programmi costituiscono di norma un'attività finalizzata alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche e assistenziali. L'attività del Programma deve compenetrarsi con quella normalmente svolta dal titolare del Programma. Al Programma non sono di norma assegnate risorse umane

Gli incarichi di Programma interdipartimentale sono assimilati a tutti gli effetti agli incarichi di responsabilità di struttura complessa, gli incarichi di Programma intradipartimentale sono assimilati a quelli di struttura semplice a valenza dipartimentale (U.O.S.A.), e gli incarichi di Programma infra-struttura complessa sono assimilati a quelli di struttura semplice (U.O.S.).

### 3.1.2 ORGANIGRAMMA e STRATEGIE PER IL TRIENNIO 2023-2025

Nell'ottica di rendere più efficiente ed efficace l'AOUS, nel corso del 2022, con riferimento all'organigramma delle strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale sono state realizzati vari interventi di riorganizzazione di cui, a seguire, si riportano solo i più rilevanti:

- delibera 214/2022 di accorpamento della UOC Diagnostica cardiovascolare con la UOC Cardiologia clinico-chirurgica (UTIC) e istituzione di un'unica UOC, denominata UOC Cardiologia, a direzione universitaria, all'interno del DAI Cardio-Toraco-vascolare – Area cardiologica;
- delibera 695/2022 di soppressione, con decorrenza 01/07/2022 della UOSA Epatologia a direzione universitaria nel DAI delle Scienze Mediche, Area delle Medicine Specialistiche;
- delibera 727/2022 di soppressione, con decorrenza 16/07/2022, della UOC Anestesia e rianimazione oncologica, all'interno del DAI Oncologico, di soppressione, con decorrenza 16/07/2022, dell'UOC Anestesia e rianimazione perioperatoria all'interno del DAI delle Scienze Chirurgiche e di istituzione, con decorrenza 16/07/2022, della UOC Anestesia e rianimazione perioperatoria e generale, all'interno del DAI delle Scienze Chirurgiche, a direzione ospedaliera;
- delibera 866/2022 di variazione, con decorrenza 01/09/2022, della denominazione della UOC Anestesia e Rianimazione DEA e dei trapianti, all'interno del DAI Emergenza



- e Urgenza e dei Trapianti, in “UOC Anestesia e rianimazione DEA, traumi e insufficienze d’organo” e di soppressione, con decorrenza 01/09/2022, della UOSA Flebologia, all’interno del DAI Cardio – Toraco – Vascolare – Area Vascolare;
- delibera 939/2022 di trasferimento della UOC Farmacia Ospedaliera, struttura afferente alla Direzione Sanitaria AOUS, dall’Area Organizzazione e Gestione all’Area Igiene Prevenzione e Protezione, con decorrenza 01/10/2022;
  - delibera 1019/2022 di soppressione, con decorrenza 16/10/2022, della UOSA Controllo delle Infezioni correlate all’Assistenza (Area Gestione e Sviluppo Performance Sanitaria), con riconduzioni delle relative funzioni all’UOC Igiene ed Epidemiologia, all’interno della Direzione Sanitaria;
  - delibera 1202/2022 di soppressione, con decorrenza 16/12/2022, all’interno del DAI delle Scienze Radiologiche, dell’Area intradipartimentale Immagini; di istituzione dell’Area interdipartimentale Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica, nella quale saranno ricondotte le tre unità organizzative attualmente afferenti all’Area Immagini (UOC Diagnostica per Immagini, UOC Medicina Nucleare, UOSA Radiologia Interventistica) nonché la UOC Radioterapia (DAI Oncologico), la UOSA Neuroradiologia Interventistica e la UOC Neuroimmagini (DAI Scienze Neurologiche e Motorie), la UOC Senologia (DAI Oncologica) e la UOSA Diagnostica in Emergenza Urgenza (DAI Emergenza Urgenza e dei Trapianti); di accorpamento, con decorrenza 01/01/2023, della “UOC Programmazione e Monitoraggio” con la “UOC attività amministrative Gare e Contratti in area tecnica”, afferenti al Dipartimento Tecnico e denominazione della nuova struttura “UOC programmazione, monitoraggio e procedure di gara in Area Tecnica”;
  - delibera 1302/2022 di disattivazione, con decorrenza 01/01/2023, del DAI delle Scienze Radiologiche; di riallocazione, con decorrenza 01/01/2023, della UOC Diagnostica per Immagini nel DAI delle Scienze Mediche; dell’UOC Medicina Nucleare nel DAI Oncologico; della UOSA Radiologia interventistica nel DAI Emergenza – Urgenza e dei Trapianti.

Si riporta in allegato l’attuale modello organizzativo aziendale, quale rappresentato nel collegato allo Statuto Aziendale al 31.12.2022. (vedi Allegato 5 al PIAO).

L’A.O.U.S. effettua inoltre il costante monitoraggio delle strutture vacanti coperte mediante incarichi di facenti funzione o l’assegnazione di incarichi ad interim ai fini del graduale superamento degli stessi e l’assegnazione stabile degli incarichi di responsabilità gestionale. Nel corso dell’anno 2022 sono state stabilmente assegnate le seguenti strutture:

- Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche
- UOC Anestesia e Rianimazione Perioperatoria e Generale
- UOC Sistema di Riscossione e Gestione Tickets
- UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Operativa
- UOC Immunoematologia e Servizio Trasfusionale
- UOC Diagnostica per Immagini
- UOC Chirurgia Trapianti Rene
- UOC Laboratorio Patologia Clinica



- UOSA Broncoscopia Diagnostica ed Interventistica
- UOSA Neurologia Perioperatoria e Post Critica

Inoltre, risultano bandite le procedure per la copertura in via definitiva delle seguenti strutture, per le quali si prevede il completamento delle procedure entro il 2023:

- UOC Neuropsichiatria Infantile
- UOC Anestesia e Rianimazione Neurochirurgica
- UOC Neuroimmagini

Nel corso dell'anno 2022 l'Azienda ha inoltre predisposto e messo a punto un piano che prevede la riorganizzazione delle strutture organizzative aziendali, come da disposizioni del DM 70/2015 in materia di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

A tal fine è stata disposta una integrazione del Regolamento aziendale sulla graduazione degli incarichi della dirigenza mediante la revisione dei criteri per la pesatura e graduazione delle Strutture Complesse (UOC) e l'introduzione di un sistema di graduazione delle Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (UOSA);

Nel corso del triennio 2023-2025 saranno inoltre definiti i nuovi assetti organizzativi del Dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche e del Dipartimento delle professioni sanitarie e tecnico sanitarie (nel nuovo schema: Dipartimento delle professioni tecnico sanitarie della riabilitazione e della prevenzione) condiviso all'interno dell'azienda con i professionisti e gli altri contesti interessati.

### 3.1.3 PERSONALE

Il personale dell'A.O.U.S. è costituito dalle risorse umane che contribuiscono all'espletamento della missione aziendale. Ai professori e ricercatori universitari convenzionati, e figure equiparate di cui all'art. 5 del D. Lgs. 517/1999 e s.m.i. che partecipano all'attività assistenziale, nonché al personale di supporto, si applicano, fermo restando il proprio stato giuridico, per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale le norme per il personale del S.S.N. L'organico aziendale viene aggiornato secondo le norme vigenti in relazione all'effettivo fabbisogno di personale ed in linea con le scelte della programmazione aziendale, nel rispetto delle disposizioni derivanti da normative nazionali o regionali e delle risorse economiche disponibili.

### 3.1.4 DIRIGENTI – IL SISTEMA DEGLI INCARICHI

Il personale dirigente è assegnato gerarchicamente e funzionalmente ad una struttura organizzativa e al Dipartimento al quale tale struttura afferisce.

Allo scopo di valorizzare le competenze professionali e consentire il riconoscimento dei percorsi professionali realizzati, secondo quanto previsto dal CCNL, a ciascun dirigente deve essere attribuito un incarico in relazione alla posizione occupata nell'organizzazione aziendale.

In coerenza con questo principio, l'AOUS nel definire con apposito Regolamento aziendale la graduazione delle posizioni, tiene conto della necessità di individuare una carriera di tipo



prevalentemente gestionale ed una di tipo prevalentemente professionale.

Con riferimento alla **Dirigenza dell'Area Sanità**, è stato adottato con Deliberazione n. 1017 del 30.10.2020 il Regolamento per la graduazione delle posizioni della dirigenza dell'Area Sanità (SSN e Universitaria Convenzionata con il SSN) nel quale, nel descrivere le due "carriere" e le conseguenti posizioni, è stata prevista una valorizzazione che non subordina la "linea" professionale a quella di gestione, con ciò riconoscendo esplicitamente il valore che, in un'organizzazione ad altissimo contenuto professionale quale è un'Azienda Ospedaliero-Universitaria, è rappresentato dalla specializzazione e dalla qualificazione dei professionisti che la compongono e dalla valutazione continua delle stesse.

Di seguito sono indicate le fasce previste per ciascuna tipologia di incarico conferibile al personale dirigente dell'Area Sanità:

	INCARICHI GESTIONALI				INCARICHI PROFESSIONALI			DENOMINAZIONE AZIENDALE
TIPOLOGIA DI INCARICO (Denominazione contrattuale)	FASCIA ECONOMICA (art 18 comma 1, CCNL 19/12/2019)							
	Riferimento art. 18 CCNL 19/12/2019							
	Punto I), lettera a)	posizione fissa	posizione variabile	totale	posizione fissa	posizione variabile	totale	
DIREZIONE STRUTTURA COMPLESSA (AREA CHIRURGICA)	SC 3	€ 18.000,00	€ 7.287,92	€ 25.287,92				UOC
	SC 2	€ 18.000,00	€ 5.287,45	€ 23.287,45				
	SC 1	€ 18.000,00	0	€ 18.000,00				
DIREZIONE STRUTTURA COMPLESSA (AREA MEDICA E EX DIRIGENTI SANITARI E DELLE PROFESSIONI SANITARIE)	SC 3	€ 17.000,00	€ 8.287,92	€ 25.287,92				UOC
	SC 2	€ 17.000,00	€ 6.287,45	€ 23.287,45				
	SC 1	€ 17.000,00	€ 1.000,00	€ 18.000,00				
RESPONSABILITA' STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE	SSD 2	€ 12.500,00	€ 5.000,00	€ 17.500,00				UOSA
	SSD 1	€ 12.500,00	€ 2.500,00	€ 15.000,00				UOSA
RESPONSABILITA' STRUTTURA SEMPLICE	Punto I), lettera c)	€ 11.000,00	€ 3.000,00	€ 14.000,00				UOS
INCARICO DI ALTISSIMA PROFESSIONALITA' A VALENZA DIPARTIMENTALE	Punto II), lett. a1)				€ 12.500,00	€ 2.500,00	€ 15.000,00	
INCARICO DI ALTISSIMA PROFESSIONALITA' QUALE ARTICOLAZIONE INTERNA ALLA STRUTTURA COMPLESSA	Punto II), lett. a2)				€ 11.000,00	€ 3.000,00	€ 14.000,00	
INCARICO PROFESSIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	Punto II), lett. b)				€ 6.500,00	€ 3.500,00	€ 10.000,00	INCARICO ALTA SPECIALIZZAZIONE B1
					€ 6.500,00	€ 1.500,00	€ 8.000,00	INCARICO ALTA SPECIALIZZAZIONE B2
INCARICO PROFESSIONALE DI CONSULENZA, DI STUDIO, DI RICERCA, ISPETTIVO, DI VERIFICA E DI CONTROLLO	Punto II), lett. c)				€ 5.500,00	€ 1.500,00	€ 7.000,00	INCARICO CONSULENZA, STUDIO, RICERCA C1
					€ 5.500,00	€ 500,00	€ 6.000,00	INCARICO CONSULENZA, STUDIO, RICERCA C2
INCARICO PROFESSIONALE DI BASE < 5 aa	Punto II), lett. d)				€ 1.500,00	0	€ 1.500,00	

L'attribuzione degli incarichi gestionali e professionali sia per Dipartimento che per UOC scaturisce dall'entità del "budget del fondo di Posizione" assegnato a ciascuna macrostruttura; sia i livelli gestionali che professionali entrano a far parte dell'architettura organizzativa e operativa delle macrostrutture.

Nel corso del 2021 è stata data applicazione al Regolamento aziendale sulla graduazione degli incarichi della dirigenza (approvato nel 2020), con l'assegnazione delle quote di budget aggiuntivo



alle strutture per la definizione dell'organigramma interno degli incarichi e la valorizzazione degli stessi (€ 411.182,00 la quota di budget aggiuntiva distribuita per il personale dipendente del SSN ed € 79.100,00 quella distribuita per il personale universitario convenzionato).

Si riporta di seguito l'assetto al 31.12.2022 degli incarichi gestionali di UOS e degli incarichi professionali:

<b>INCARICHI DIRIGENTI SSN</b>	1	Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000
	16	Responsabili Strutture Semplici € 14.000
	9	Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000
	62	Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000
	101	Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000
	57	Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000
	37	Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000
	128	Incarico Professionale di base C € 1.500
<b>INCARICHI DIRIGENTI UNIV</b>	0	Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000
	12	Responsabili Strutture Semplici €14.000
	1	Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000
	11	Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000
	34	Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000
	8	Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000
	6	Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000
13	Incarico Professionale di base C € 1.500	

Di seguito l'organigramma degli incarichi per dipartimento:

<b>DIP.DELLA SALUTE MENTALE E DEGLI ORGANI DI SENSO</b>	<b>Numero</b>
Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000	0
Responsabili Strutture Semplici € 14.000	0
Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000	0



Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000	6
Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000	3
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000	4
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000	2
Incarico Professionale di base C € 1.500	13
	<b>28</b>

**DIP.TO INNOVAZIONE, SPER.NE E RIC.CLIN.E TRASLAZ.****Numero**

Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000	0
Responsabili Strutture Semplici € 14.000	4
Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000	1
Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000	5
Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000	11
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000	3
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000	2
Incarico Professionale di base C € 1.500	5
	<b>31</b>

**DIPARTIMENTO CARDIO-TORACO-VASCOLARE****Numero**

Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000	0
Responsabili Strutture Semplici € 14.000	3
Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000	2
Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000	11
Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000	17
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000	4
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000	3
Incarico Professionale di base C € 1.500	12
	<b>52</b>

**DIPARTIMENTO DELLA DONNA E DEI BAMBINI****Numero**

Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000	0
Responsabili Strutture Semplici € 14.000	2
Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000	0
Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000	4
Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000	4
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000	5
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000	4
Incarico Professionale di base C € 1.500	11
	<b>30</b>

**DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE CHIRURGICHE****Numero**

Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000	0
--	---





Responsabili Strutture Semplici € 14.000	4
Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000	0
Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000	6
Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000	11
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000	7
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000	0
Incarico Professionale di base C € 1.500	15
	<b>43</b>
<b>DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE MEDICHE</b>	<b>Numero</b>
Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000	0
Responsabili Strutture Semplici € 14.000	6
Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000	1
Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000	4
Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000	13
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000	6
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000	5
Incarico Professionale di base C € 1.500	18
	<b>53</b>
<b>DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE NEUROLOGICHE E MOTORIE</b>	<b>Numero</b>
Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000	0
Responsabili Strutture Semplici € 14.000	3
Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000	0
Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000	9
Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000	9
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000	9
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000	4
Incarico Professionale di base C € 1.500	10
	<b>44</b>
<b>DIPARTIMENTO DELLE SCIENZE RADIOLOGICHE (SOPPRESSO)</b>	<b>Numero</b>
Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000	0
Responsabili Strutture Semplici € 14.000	1
Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000	1
Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000	2
Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000	4
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000	5
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000	4
Incarico Professionale di base C € 1.500	4
	<b>21</b>
<b>DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA E DEI TRAPIANTI</b>	<b>Numero</b>
Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000	1



Responsabili Strutture Semplici € 14.000	2
Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000	2
Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000	8
Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000	18
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000	6
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000	9
Incarico Professionale di base C € 1.500	16
	<b>62</b>
<b>DIPARTIMENTO ONCOLOGICO</b>	<b>Numero</b>
Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000	0
Responsabili Strutture Semplici € 14.000	2
Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000	2
Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000	5
Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000	7
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000	5
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000	3
Incarico Professionale di base C € 1.500	10
	<b>34</b>
<b>DIRETTORE SANITARIO</b>	<b>Numero</b>
Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000	0
Responsabili Strutture Semplici € 14.000	0
Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000	0
Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000	11
Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000	34
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000	8
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000	6
Incarico Professionale di base C € 1.500	13
	<b>73</b>
<b>DIREZIONE SANITARIA</b>	<b>Numero</b>
Incarico Altissima Specializzazione a Valenza Dipartimentale A1 € 15.000	1
Responsabili Strutture Semplici € 14.000	1
Incarichi Altissima Specializzazione quale articolazione interna alla struttura complessa A2 € 14.000	1
Incarico ad Alta Specializzazione B1 € 10.000	2
Incarico ad Alta Specializzazione B2 € 8.000	4
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C1 € 7.000	3
Incarico Consulenza, Studio e Ricerca C2 € 6.000	1
Incarico Professionale di base C € 1.500	14
	<b>27</b>

Nel corso del 2021 è stato adottato inoltre il Regolamento sui criteri per il conferimento, mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali, in conseguenza del quale sono state espletate le



procedure che hanno portato al conferimento di 336 nuovi incarichi (tra i quali anche gli incarichi gestionali di responsabilità di strutture semplici) ai Dirigenti dell'Area Sanità, ospedalieri e universitari convenzionati, in possesso del requisito del superamento dei 5 anni di anzianità e della verifica positiva del Collegio Tecnico.

Nel corso del 2022 l'AOUS ha conferito gli incarichi dirigenziali ai dirigenti di nuova assunzione, dipendenti del SSN e universitari convenzionati, ai dirigenti a tempo determinato; dovranno a questo punto essere conferiti gli incarichi a coloro che hanno superato la verifica del Collegio Tecnico dopo l'avvio delle procedure concluse.

Con riferimento alla **Dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa**, è stato adottato, nel corso dell'anno 2022, in applicazione del CCNL Area Funzioni Locali 2016-2018, a seguito di apertura di confronto con le OO.SS., il nuovo Regolamento sulla graduazione delle posizioni dirigenziali in cui sono definite le fasce relative agli incarichi gestionali e professionali dell'area contrattuale in oggetto, come di seguito esposto:

TIPOLOGIA DI INCARICO (denominazione contrattuale)	FASCIA ECONOMICA	POSIZIONE FISSA	POSIZIONE VARIABILE	TOTALE	DENOMINAZIONE AZIENDALE
DIREZIONE STRUTTURA COMPLESSA	SC3	€ 18.000,00	€ 5.287,92	€ 23.287,92	UOC
	SC2	€ 18.000,00	€ 2.447,67	€ 20.447,67	
	SC1	€ 18.000,00	€ 0	€ 18.000,00	
DIREZIONE STRUTTURA SEMPLICE A VALENZA DIPARTIMENTALE/UFFICIO		€ 11.500,00	€ 3.500,00	€ 15.000,00	UOSA/UFFICIO
DIREZIONE STRUTTURA SEMPLICE/UFFICIO		€ 11.500,00	€ 2.500,00	€ 14.000,00	UOS/UFFICIO
INCARICO DI NATURA PROFESSIONALE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE		€ 5.500,00	€ 4.000,00	€ 9.000,00	B
INCARICO DI NATURA PROFESSIONALE DI CONSULENZA, STUDIO, RICERCA, ISPETTIVO, DI VERIFICA E CONTROLLO		€ 5.500,00	€ 1.000,00	€ 6.500,00	C

Nel corso dell'anno 2023 dovrà essere adottato il Regolamento sui criteri per il conferimento, modifica e revoca degli incarichi dirigenziali per la Dirigenza PTA.

### 3.1.5 PERSONALE DEL COMPARTO – INCARICHI DI FUNZIONE

Il personale del comparto è assegnato gerarchicamente all'unità operativa professionale e/o all'unità operativa complessa di appartenenza e al relativo Dipartimento. Il personale del comparto del ruolo sanitario e socio-sanitario afferente al Dipartimento delle professioni infermieristiche ed ostetriche è funzionalmente assegnato alle aree assistenziali definite dalla Direzione Aziendale.

Con Deliberazione n. 1194 del 05.11.2021, l'Azienda ha adottato una procedura per il monitoraggio delle assegnazioni funzionali, per Dipartimento/Area/Struttura e/o ambito organizzativo, del personale, che risponde all'esigenza di individuare le strutture all'interno delle quali questo svolge le proprie attività così da poter valutare meglio le priorità tra le richieste di reclutamento, individuando gli specifici contesti di eventuale sofferenza organizzativa sui quali intervenire. Le eventuali sofferenze organizzative vengono poi identificate anche riportando le unità di personale alle tipologie di attività da svolgere e ai volumi delle stesse.



Tale procedura costituisce anche un importante strumento di analisi dei contesti organizzativi, finalizzato allo sviluppo di una migliore allocazione delle risorse presenti, da attuare mediante processi di riassetto interna.

A partire dal 2023 sarà avviato un percorso per l'assegnazione anche del restante personale del comparto addetto all'assistenza ad aree funzionali omogenee anziché alle singole strutture organizzative, al fine di ottimizzare la gestione delle risorse umane disponibili.

A norma dell'art. 14 e seguenti del CCNL Area Comparto Sanità 2016-2018, sulla base del proprio ordinamento, delle leggi regionali di organizzazione e delle scelte di programmazione nazionale e/o regionale, nonché in relazione al Piano Triennale delle Performance ed agli obiettivi strategici aziendali, l'Azienda ha istituito **incarichi di funzione** nei ruoli del personale del comparto, nei limiti delle risorse disponibili nel fondo dedicato.

Gli incarichi di funzione rappresentano lo strumento finalizzato a potenziare il proprio modello gestionale con caratteristiche di flessibilità e orientamento al decentramento delle responsabilità per il conseguimento dei risultati dell'Azienda in relazione agli obiettivi affidati alle strutture.

Gli incarichi di funzione sono stati istituiti con Deliberazione del Direttore Generale nei ruoli sanitario, tecnico, amministrativo e professionale nelle due seguenti tipologie:

- incarico di organizzazione
- incarico professionale

A seguito dell'adozione del Regolamento per l'istituzione la graduazione, il conferimento e la revoca degli incarichi di funzione (approvato con Deliberazione n. 657 del 22.07.2020 e s.m.i.) sono state definite, previo confronto con le OO.SS. e la RSU aziendale, le seguenti tipologie aziendali di incarico:

per il personale del ruolo amministrativo e tecnico:

- Incarico di organizzazione di Area Tecnico-Amministrativa (ex Posizione Organizzativa Tecnico-Amministrativa)
- Incarico professionale di Area Tecnico-Amministrativa

per il personale del ruolo sanitario e dei profili di collaboratore professionale assistente sociale ed assistente sociale senior:

- Incarico di organizzazione di Area Sanitaria (RID, RTS, EX PO SANITARIA)
- Incarico di organizzazione di Area Sanitaria - Coordinamento (ex Coordinamento Professioni Sanitarie)
- Incarico professionale di Professionista Specialista
- Incarico professionale di Professionista Esperto



Le fasce attualmente previste per **gli incarichi di organizzazione e per gli incarichi professionali**, in base ai criteri di graduazione approvati nel corso del 2020, 2021 2022, sono le seguenti:

## VALORE INDENNITÀ INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE DI AREA TECNICO AMMINISTRATIVA (A)

TIPOLOGIA INCARICHI	FASCIA	VALORE INDENNITÀ'
INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE DI AREA TECNICO AMMINISTRATIVA	F	3.227,90
	E	4.200,00
	D	5.400,00
	C	7.300,00
	B	9.300,00
	A	12.000,00

## VALORE INDENNITÀ INCARICHI PROFESSIONALI DI AREA TECNICO AMMINISTRATIVA (A1)

TIPOLOGIA INCARICHI	FASCIA	VALORE INDENNITÀ'
INCARICHI PROFESSIONALI DI AREA TECNICO AMMINISTRATIVA	F	1.679,00
	E	3.227,90
	D	4.200,00
	C	5.400,00
	B	7.300,00
	A	9.300,00

## VALORE DELLE INDENNITÀ DI FUNZIONE INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE DI AREA SANITARIA (RID, RTS, EX PO SANITARIE) (B)

TIPOLOGIA INCARICHI	FASCIA	VALORE INDENNITÀ'
INCARICO DI ORGANIZZAZIONE DI AREA SANITARIA	F	3.227,90
	E	4.200,00



	D	5.400,00
	C	7.300,00
	B	9.300,00
	A	12.000,00

**VALORE DELLE INDENNITÀ DI FUNZIONE INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE DI AREA SANITARIA - COORDINAMENTO (EX COORDINAMENTO PROFESSIONI SANITARIE) (C)**

TIPOLOGIA INCARICO	FASCIA ECONOMICA	INDENNITÀ ANNUA
COORDINAMENTO (EX COORDINAMENTO PROFESSIONI SANITARIE)	F	2.179,00
	E	3.500,00
	D	3.700,00
	C	3.900,00
	B	4.227,00
	A	5.000,00

**VALORE DELLE INDENNITÀ DI FUNZIONE INCARICHI PROFESSIONALI DI AREA SANITARIA (D)**

TIPOLOGIA INCARICO	FASCIA ECONOMICA	INDENNITÀ ANNUA
PROFESSIONISTA SPECIALISTA – PROFESSIONISTA ESPERTO	F	1.679,00
	E	2.000,00
	D	2.500,00
	C	2.800,00
	B	3.000,00
	A	3.200,00



Nel corso degli anni 2021-2022 è stata adottata la revisione dell'assetto degli incarichi di funzione del personale del comparto, con l'individuazione dei dipendenti titolari di ex funzione di coordinamento ai quali conferire i nuovi incarichi di organizzazione-coordinamento ed emissione degli avvisi di selezione per gli incarichi di organizzazione-coordinamento ancora vacanti, che sono stati conferiti a partire da metà anno 2022. La revisione ha riguardato anche la ripesatura e valorizzazione di alcuni incarichi di organizzazione – ex PO già istituiti in relazione alle modifiche organizzative nel frattempo intervenute.

Nel corso dell'anno 2022 è stata rideterminata la quota del fondo contrattuale da destinare al finanziamento degli incarichi del comparto, in relazione alle proposte di revisione e valorizzazione degli incarichi conseguenti alle intervenute modifiche nell'organizzazione complessiva dell'AOUS, con particolare riferimento anche alla riorganizzazione del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche e del Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Tecnico-Sanitarie. È stato completato l'assetto organizzativo mediante l'emissione degli avvisi per la copertura degli incarichi risultanti ancora vacanti ed è stato integrato il Regolamento vigente mediante la definizione dei criteri di graduazione e dell'assetto complessivo degli incarichi "professionali" del personale del comparto.

Si riporta di seguito l'organigramma degli incarichi del comparto al 31.12.2022:

## **Incarichi di organizzazione di area amministrativa:**

DENOMINAZIONE INCARICO	STRUTTURA	Fascia	VALORE
Coordinamento Segreterie Direzione e Ufficio Rapporti internazionali	Direttore Generale	A	12.000,00 €
Ufficio Innovazione in ambito ICT	Direttore Generale	C	7.300,00 €
Segreteria Direzione Amministrativa	Direttore Amministrativo	D	5.400,00 €
Segreteria Seduta Deliberante Direzione	DG / DA	E	4.200,00 €
Coordinatore personale e attività amministrative a supporto dei percorsi sanitari e gestione adempimenti privacy	Direttore Amministrativo	B	9.300,00 €
URP - Accoglienza. Coordinamento progetti servizio civile	Direttore Amministrativo	B	9.300,00 €
RAD	Direttore Amministrativo	E	4.200,00 €



RAD	Direttore Amministrativo	E	4.200,00 €
RAD	Direttore Amministrativo	E	4.200,00 €
Gestione Servizi Economici	UOC Gestione logistica, economica e rapporti con ESTAR - DG	B	9.300,00 €
Gestione perimetro prodotti economici logistica Estar e aziendali	UOC Gestione logistica, economica e rapporti con ESTAR - DG	F	3.227,90 €
Attività supporto RES/DEC, definizione contratti attuativi, noleggi e services in ambito sanitario	UOC Gestione logistica, economica e rapporti con ESTAR - DG	B	9.300,00 €
Coordinamento Protocollo/Archivio	UOC Affari generali e legali - DA	E	4.200,00 €
Responsabile Ufficio Legale	UOC Affari generali e legali - DA	A	12.000,00 €
Gestione assicurazioni	UOC Affari generali e legali - DA	F	3.227,90 €
Area della amministrazione delle risorse economiche e gestione dell'aggiornamento extraresidenziale e funzioni vicarie	UOC Formazione - DA	D	5.400,00 €
Gestione economica del personale, monitoraggio costi e verifiche applicazioni contrattuali del personale SSN.	UOC Politiche e gestione risorse umane - DA	D	5.400,00 €
Gestione e Contabilizzazione Fondi Comparto	UOC Politiche e gestione risorse umane - DA	D	5.400,00 €
Gestione programmazione e reclutamento del personale e rapporti con Estar e SW	UOC Politiche e gestione risorse umane - DA	B	9.300,00 €





Gestione Organigramma strutture e incarichi. Trattamento accessorio del personale SSN e universitario convenzionato. Gestione presenze/assenze del personale. Referente procedure informatiche e flussi RFC180 e Funzioni Vicarie	UOC Politiche e gestione risorse umane - DA	A	12.000,00 €
Gestione previdenza	UOC Politiche e gestione risorse umane - DA	F	3.227,90 €
Gestione del personale universitario. Incarichi del personale del comparto e della dirigenza.	UOC Politiche e gestione risorse umane - DA	E	4.200,00 €
Sistema Premiante, Ciclo Performance e Relazioni Sindacali -	UOC Politiche e gestione risorse umane - DA	D	5.400,00 €
Sistemi di valutazione e rapporti con OIV	UOC Politiche e gestione risorse umane - DA	F	3.227,90 €
Gestione giuridica del rapporto di lavoro personale dipendente e dotazione organica	UOC Politiche e gestione risorse umane - DA	F	3.227,90 €
Gestione Fornitori	UOC Bilancio - DA	D	5.400,00 €
Bilancio, Contabilità Generale e Adempimenti fiscali	UOC Bilancio - DA	D	5.400,00 €
Gestione amministrativa e contabilità attività ambulatoriale e Funzioni Vicarie	UOC Sistema di gestione e riscossione ticket - DA	A	12.000,00 €
Prestazioni Aggiuntive e attività libero professionale	UOC Sistema di gestione e riscossione ticket - DA	D	5.400,00 €
Costo delle Prestazioni e dei Processi Produttivi	UOC Controllo di gestione - DS	E	4.200,00 €
Controllo Budgettario e Analisi Economiche	UOC Controllo di gestione - DS	E	4.200,00 €
Contabilità Analitica	UOC Controllo di gestione - DS	E	4.200,00 €
Contabilità dei costi del personale	UOC Bilancio - DA	E	4.200,00 €
Flussi informativi e rendicontazione fonti di finanziamento	Dipartimento tecnico	B	9.300,00 €



Appalti e contratti	Dipartimento tecnico	B	9.300,00 €
Gestione Amministrativa Tecnologie Sanitarie	Dipartimento tecnico	F	3.227,90 €
Segreteria Direttore Sanitario e referente gestione progetti OTT/regionali	Direttore Sanitario	B	9.300,00 €
Coordinamento Ufficio Cartelle Cliniche e Ufficio Stato Civile	UOSA Governo dell'appropriatezza, flussi informativi e cartelle cliniche - DS	D	5.400,00 €
Monitoraggio e analisi flussi informativi attività afferenti alla domanda specialistica ambulatoriale sia clinica che diagnostica, dall'e-prescription MMG all'e-prescription specialistica	UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri - DS	B	9.300,00 €
Gestione percorsi clinico assistenziali: programmazione qualità e tecnologia	UOC Organizzazione dei Servizi Ospedalieri - DS	A	12.000,00 €
Gestione amministrativa e contabile attività di sperimentazione clinica	UOSA Programmazione e coordinamento ricerca clinica	F	3.227,90 €
Clinical Trial Office	UOSA Programmazione e coordinamento ricerca clinica	C	7.300,00 €

## Incarichi di organizzazione di area sanitaria:

DENOMINAZIONE INCARICO	STRUTTURA	VALORE
RID Dipartimento della salute mentale e degli organi di senso	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente al DAI di afferenza)	9.300,00 €
RID Dipartimento scienze mediche	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente al DAI di afferenza)	9.300,00 €



RID Dipartimento oncologico	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente al DAI di afferenza)	7.300,00 €
RID Dipartimento scienze chirurgiche	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente al DAI di afferenza)	9.300,00 €
RID Dipartimento scienze neurologiche e motorie	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente al DAI di afferenza)	9.300,00 €
RID Dipartimento cardio toraco vascolare	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente al DAI di afferenza)	12.000,00 €
RID Dipartimento di emergenza-urgenza e dei trapianti	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente al DAI di afferenza)	12.000,00 €
Area infermieristica Dipartimento della donna e dei bambini	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente al DAI di afferenza)	9.300,00 €
Referente Diagnostica per Immagini (con funzioni provvisorie di responsabile dell'UOP) - RTS Dipartimento scienze radiologiche -	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area radiologica medica (assegnato funzionalmente al DAI scienze radiologiche)	9.300,00 €
Referente Riabilitazione (con funzioni provvisorie di responsabile dell'UOP)	UOC Professioni sanitarie riabilitative	9.300,00 €
RID Dipartimento della Donna e dei Bambini - Referente assistenza ostetrica (con funzioni provvisorie di responsabile dell'UOP)	UOC Assistenza ostetrica	9.300,00 €
Organizzazione, sviluppo e gestione piattaforme trasversali (facilities) e referente unico per le tecnologie	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area laboratorio biomedico	7.300,00 €
Organizzazione Amministratore di sistemi informatici di Laboratorio	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area laboratorio biomedico	5.400,00 €
Referente Tecnico Sanitario per lo sviluppo e la gestione percorsi trasversali/Referente per le tecnologie	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area radiologica medica	4.200,00 €
Amministratore di Sistema RIS-PACS Addetto alla gestione dei dati	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area radiologica medica	5.400,00 €
Amministratore di Sistema tecnico informatico: addetto gestione dei dati e sistemi informatici radiologici	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area radiologica medica	3.227,90 €
Attività di riabilitazione per degenti e ausili movimentazione	UOC Professioni sanitarie riabilitative	5.400,00 €
Attività di riabilitazione ambulatoriale	UOC Professioni sanitarie riabilitative	4.200,00 €
Percorsi riabilitativi nella continuità ospedale/territorio e con le strutture di riabilitazione ospedaliera	UOC Professioni sanitarie riabilitative	3.227,90 €
Gestione risorse umane dell'assistenza	EX UOC Assistenza infermieristica	9.300,00 €
Monitoraggio organici e movimenti interni del personale	EX UOC Assistenza infermieristica	7.300,00 €
Flussi informativi del personale, monitoraggio presenze-assenze	EX UOC Assistenza infermieristica	5.400,00 €



Sezione disciplinare e monitoraggio applicazione regolamenti aziendali	EX UOC Assistenza infermieristica	5.400,00 €
Qualità e sicurezza dell'ambiente e dei processi assistenziali nell'assistenza infermieristica	EX UOC Assistenza infermieristica	7.300,00 €
Ricerca infermieristica e sviluppo professionale	EX UOC Assistenza infermieristica	9.300,00 €
Blocchi operatori e sterilizzazione	EX UOC Assistenza infermieristica	9.300,00 €
Assistenza infermieristica specialistica ambulatoriale	EX UOC Assistenza infermieristica	9.300,00 €
Diagnostica immagini, med nucl, neuroimmag, neurointerv, coordinamento amb radioterapia, trasporti	EX UOC Assistenza infermieristica	9.300,00 €
Qualità e Accreditamento	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOSA Accreditamento e qualità dei percorsi assistenziali - DS)	4.200,00 €
Coordinamento Rischio Clinico: Patient Safety Manager	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOSA Clinical Risk Management - DS)	4.200,00 €
Rischio infettivo, prevenzione e controllo delle ICA	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOSA Controllo delle infezioni correlate all'assistenza - DS)	5.400,00 €
Monitoraggio produttività aggiuntiva e progetti aziendali finalizzati. Monitoraggio utilizzo e finalità straordinario personale assistenza Infermieristica	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC Controllo di Gestione - DS)	7.300,00 €
Gestione percorsi clinico-assistenziali dell'area medica	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI - DS)	7.300,00 €
Gestione percorsi clinico-assistenziali dell'area chirurgica	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI - DS)	7.300,00 €
Gestione percorsi clinico-assistenziali: bed management	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI - DS)	7.300,00 €
Gestione percorsi clinico-assistenziali dell'area ambulatoriale	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI - DS)	7.300,00 €
Gestione percorsi clinico-assistenziali attraverso applicativi informatici	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI - DS)	9.300,00 €
Accoglienza, rispetto della multiculturalità (Check point)	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC Igiene ed Epidemiologia - DS)	7.300,00 €



Supporto codifiche DRG	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOSA Monitoraggio performance sanitarie ed esiti - DS)	5.400,00 €
Donazione organi e tessuti, coord trapianti renali, Medicina legale, Obitorio, Anatom patologica	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC Medicina legale - DS)	5.400,00 €
Prevenzione e controllo delle lesioni cutanee	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC Igiene ed Epidemiologia - DS)	3.227,90 €
Professioni tecnico-sanitarie - area tecnico-assistenziale (Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionazione Cardiovascolare + Dietisti)	Dipartimento delle professioni sanitarie e tecnico-sanitarie	5.400,00 €
Professioni tecnico-sanitarie - area tecnico-diagnostica (Tecnici di Neurofisiopatologia e Audiometristi)	Dipartimento delle professioni sanitarie e tecnico-sanitarie	5.400,00 €
Gestione Servizi Logistici ed Attività Mobility	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC Gestione logistica, economici contratti e rapporti con ESTAR - DG)	9.300,00 €
Gestione Accreditazione Eventi Formativi e Qualità della Formazione	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC Formazione - DA)	3.227,90 €
Programmazione e Gestione degli eventi formativi	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC Formazione - DA)	3.227,90 €
Coordinamento didattica professionalizzante e del tirocinio - Area Infermieristica	EX UOC Assistenza infermieristica (assegnato funzionalmente a UOC Formazione - DA)	5.400,00 €
UOP Tecnici della Prevenzione	Direttore Generale	4.200,00 €

## Incarichi di organizzazione di area sanitaria - coordinamento:

DENOMINAZIONE INCARICO	STRUTTURA		VALORE ECONOMICO
Area Patologia Clinica	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area laboratorio biomedico	B	4.227,00 €
Area Medicina Trasfusionale	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area laboratorio biomedico	B	4.227,00 €
Area Microbiologia e Virologia	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area laboratorio biomedico	B	4.227,00 €
Area Anatomia Patologia	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area laboratorio biomedico	C	3.900,00 €
Area Genetica Medica e Laboratori di Ricerca	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area laboratorio biomedico	C	3.900,00 €
Area Diagnostica per Immagini RX, Senologia	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area radiologia medica	C	3.900,00 €



Area Diagnostica per Immagini TC, RM	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area radiologia medica	D	3.700,00 €
Area Emergenza-Urgenza	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area radiologia medica	C	3.900,00 €
Area Neuroradiologia Diagnostica, Funzionale e Interventistica	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area radiologia medica	C	3.900,00 €
Area Interventistica Radiologica e Cardiologica	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area radiologia medica	C	3.900,00 €
Area oncologica diagnostica:-Medicina Nucleare +MOC+Fisica Sanitaria	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area radiologia medica	A	5.000,00 €
Area oncologica terapeutica: Radioterapia	UOC Professioni tecnico-sanitarie - area radiologia medica	D	3.700,00 €
Percorso nascita, PMA, area ambulatoriale.	UOC Assistenza ostetrica	C	3.900,00 €
Anestesia e Rianimazione + TI NCH, Nch Ospedaliera, Neurometaboliche	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
Neurologia, e Neurofisi. Clinica Stroke Unit	Dipartimento Scienze Infermieristiche	C	3.900,00 €
Psichiatria, NPI, Psic. AMB	Dipartimento Scienze Infermieristiche	D	3.700,00 €
Chirurgia cuore e grossi vasi e Chirurgia Toracica Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
Cardiochirurgia degenze e subintensiva 1	Dipartimento Scienze Infermieristiche	C	3.900,00 €
Cardiochirurgia degenze e subintensiva 2	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
Cardiologia, UTIC	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
Oculistica, ORL, Maxillo Fac e Ambulatori, Chirurgia programmata, Chirurgia tiroide	Dipartimento Scienze Infermieristiche	D	3.700,00 €
OBI	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
PS	Dipartimento Scienze Infermieristiche	A	5.000,00 €
Anestesia e rianimazione DEA e dei trapianti e post chirurgica	Dipartimento Scienze Infermieristiche	A	5.000,00 €
Medicina dell'urgenza	Dipartimento Scienze Infermieristiche	D	3.700,00 €
Medicina Multireparto - Malattie Respiratorie e trap.pulmonare	Dipartimento Scienze Infermieristiche	C	3.900,00 €
Nefrologia, Dialisi e Trap rene	Dipartimento Scienze Infermieristiche	A	5.000,00 €
Malattie Infettive, Reumatologia, Reumatologia DH, Medicina del lavoro, Dermatologia, Endocrinologia, Chemioterapici, Radioterapia e oncologia	Dipartimento Scienze Infermieristiche	A	5.000,00 €
Medicina interna e della complessità	Dipartimento Scienze Infermieristiche	C	3.900,00 €
Ematologia + Centro trap e ter cell + DH	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
Gastroenterologia e Endoscopia Biliopancreatica ed eco endoscopica, dermatologia e chirurgia programmata	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
Terapia Intensiva e subintensiva neonatale e lactarium	Dipartimento Scienze Infermieristiche	A	5.000,00 €
Ginecologia, Senologia, PPPU, Ambulatori pediatrici, Ambul. Chirurgia pediatrica, Chirurgia della Mammella	Dipartimento Scienze Infermieristiche	D	3.700,00 €
Pediatria e chirurgia pediatrica, Ps e Covid.	Dipartimento Scienze Infermieristiche	C	3.900,00 €
Chirurgia Programmata A	Dipartimento Scienze Infermieristiche	C	3.900,00 €
Chirurgia Programmata B	Dipartimento Scienze Infermieristiche	C	3.900,00 €
Chirurgia d'Urgenza	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
SO Oculistica, SO ORL	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
SO NCH e chir maxillo	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €



SO chir cuore e grossi vasi, cardiochir, chir tor, chir vascol.	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
SO Ortopedia	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
SO Chirurgia generale	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
SO Materno infantile, Day Surgery/chir ambul e urgenza	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
amb chir gen, amb endocrin, amb chir vasc, amb ortop, amb flebologia	Dipartimento Scienze Infermieristiche	D	3.700,00 €
amb odonto, maxillo facciale, Dh e Day Service	Dipartimento Scienze Infermieristiche	D	3.700,00 €
ambul cardio blocco 6 + emodin e cronicità e fragilità negli anziani, elettrofisiologia	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
immunoematol trasfusionale, labor Patologia Clinica, PPU, discharge room, trasporto cose e servizi	Dipartimento Scienze Infermieristiche	C	3.900,00 €
reumatologia amb-1, dermo amb, amb med 1, med 2, amb orl, genetica medica, diabetologia + DH, amb malattie respir, utip	Dipartimento Scienze Infermieristiche	C	3.900,00 €
cord ITT, immunoterapia oncol, ambul terapia dolore, ambul urolog, uroendoscop., amb chirurgia della mammella	Dipartimento Scienze Infermieristiche	C	3.900,00 €
DRG 1	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
DRG 2	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
Gestione processi sterilizzazione	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
Gestione processi formativi inerenti il rischio clinico e corsi riferibili alle disposizioni del Decreto Legislativo 81/2008	Dipartimento Scienze Infermieristiche	B	4.227,00 €
Coordinamento ortottisti	UOC Professioni sanitarie riabilitative	F	2.179,00 €
Coordinamento logopedisti	UOC Professioni sanitarie riabilitative	F	2.179,00 €
Qualità e accreditamento 1	Dipartimento Scienze Infermieristiche	E	3.500,00 €
Controllo igienico-sanitario e comfort alberghiero	Dipartimento Scienze Infermieristiche	D	3.700,00 €
Covid	Dipartimento Scienze Infermieristiche	A	5.000,00 €
Radiologia Diagnostica, Interventistica, Medicina nucleare e Ambulatorio Radioterapia.	Dipartimento Scienze Infermieristiche	C	3.900,00 €
Neuroradiologia diagnostica, interventistica e servizio trasporto degenti.	Dipartimento Scienze Infermieristiche	C	3.900,00 €

### **Incarichi professionali di area tecnico-amministrativa**

DENOMINAZIONE INCARICO	STRUTTURA	VALORE ECONOMICO
Social Media Managing e Produzioni Multimediali	Direttore Generale – Ufficio Stampa	4.200,00 €
Comunicazione online e sito web	Direttore Generale – Ufficio Stampa	4.200,00 €
Gestione giudiziale sinistri e patrocinio legale	UOC Affari generali e legali - DA	9.300,00 €

### ***Distribuzione incarichi di organizzazione di area amministrativa per fascia:***



FASCIA	VALORE	N.
FASCIA A	12.000,00 €	5
FASCIA B	9.300,00 €	9
FASCIA C	7.300,00 €	2
FASCIA D	5.400,00 €	9
FASCIA E	4.200,00 €	10
FASCIA F	3.227,90 €	7

### ***Distribuzione incarichi di organizzazione di area sanitaria per fascia:***

FASCIA	VALORE	N.
FASCIA A	12.000,00 €	2
FASCIA B	9.300,00 €	15
FASCIA C	7.300,00 €	10
FASCIA D	5.400,00 €	11
FASCIA E	4.200,00 €	5
FASCIA F	3.227,90 €	5

### ***Distribuzione incarichi di organizzazione di area sanitaria – coordinamento per fascia:***

FASCIA	VALORE	N.
FASCIA A	5.000,00 €	7
FASCIA B	4.227,00 €	22
FASCIA C	3.900,00 €	19
FASCIA D	3.700,00 €	9
FASCIA E	3.500,00 €	1
FASCIA F	2.179,00 €	2

Nel corso del triennio 2023-2025, a seguito dell'entrata in vigore del nuovo CCNL Area Comparto Sanità, sottoscritto in data 2.11.2022, che ridisciplina il sistema degli incarichi, l'Azienda, previo confronto con le OO.SS. e la RSU aziendale, dovrà ridefinire i criteri per la graduazione e quelli per il conferimento e revoca sulla base delle nuove disposizioni.

Dovrà essere quindi adottato il nuovo assetto e conferiti gli incarichi eventualmente vacanti.

## **3.2 Sottosezione di programmazione Organizzazione del Lavoro Agile**

### **3.2.1 LIVELLO DI ATTUAZIONE E SVILUPPO LAVORO AGILE**

#### **3.2.1.1 Premessa**

Il lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche è stato introdotto dall'art. 14 legge n. 124 del 2015 e successivamente disciplinato dall'art. 18 della legge n. 81 del 2017 che lo configura quale "modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di





*organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. La prestazione lavorativa viene eseguita, in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva”.*

In Italia ne è stata elaborata la definizione quale *“modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione. È un concetto articolato, che si basa su un pensiero critico che restituisce al lavoratore l'autonomia in cambio di una responsabilizzazione sui risultati, mentre il telelavoro comporta dei vincoli ed è sottoposto a controlli sugli adempimenti”*.

Il lavoro agile non costituisce un obiettivo in sé, ma una politica di change management, poiché interviene sulle risorse (processi, persone e infrastrutture) per ottenere un miglioramento in termini di efficacia ed efficienza dei servizi alla collettività, di benessere e di conciliazione vita-lavoro.

L'introduzione del lavoro agile richiede la definizione di una disciplina che garantisca condizioni di lavoro trasparenti, che favorisca la produttività e l'orientamento ai risultati, concili le esigenze delle lavoratrici e dei lavoratori con le esigenze organizzative delle pubbliche amministrazioni, consentendo, ad un tempo, il miglioramento dei servizi pubblici e dell'equilibrio tra vita professionale e vita privata.

### 3.2.1.2 Dal POLA al PIAO

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (d'ora in poi POLA) è stato introdotto dall'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. “decreto rilancio”), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77. Il POLA è descritto quale strumento di programmazione triennale del lavoro agile, soggetto ad aggiornamento annuale.

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113 ha previsto che le pubbliche amministrazioni adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione, all'interno del quale è prevista apposita sezione dedicata all'organizzazione del lavoro agile (Sezione 3. Organizzazione e capitale umano - Sottosezione: Organizzazione del lavoro Agile).

La presente sezione viene dunque compilata tenendo conto delle disposizioni normative vigenti e delle seguenti fonti:

- *Linee Guida sul POLA pubblicate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, il 9 dicembre 2020;*
- *Schema di linee guida in materia di lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni ai sensi dell'art. 1, comma 6, del Decreto del Ministro per la Pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni del 2.12.2021;*
- *DPCM n. 132 del 30 giugno 2022, “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”.*

Nella presente sezione vengono definite le modalità di attuazione e di sviluppo del lavoro agile nell'AOUS; vengono definite, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale,



anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.

A questo proposito, l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese – UOC Politiche e Gestione Risorse Umane ha partecipato al **Gruppo di lavoro regionale**, finalizzato alla condivisione di linee di indirizzo regionali per la regolamentazione del lavoro agile nell'ambito del servizio sanitario regionale.

### 3.1.2.3 Livello di attuazione e sviluppo Lavoro Agile

L'AOUS ha adottato il suo primo atto per l'attivazione del lavoro agile con l'avvio dello stato di emergenza sanitaria da Covid-19. L'attività è stata disciplinata secondo le disposizioni emergenziali a partire dal marzo 2020 fino alla fine del periodo di emergenza.

Con Deliberazione n. 252 del 19.03.2020, dopo aver dato informativa alle OO.SS del comparto, RSU Aziendale e alle OO.SS. della Dirigenza, l'AOUS ha attivato il lavoro agile in emergenza e in via straordinaria, in linea con le disposizioni nazionali, individuando modalità semplificate e temporanee di accesso.

La possibilità di ricorrere al lavoro agile è stata prevista inizialmente per il personale del comparto (ruolo amministrativo, professionale e tecnico non addetto all'assistenza) e per il personale della Dirigenza Professionale Tecnica ed Amministrativa che svolge attività che non richiede un contatto diretto con l'utenza esterna e interna o la presenza attiva del dipendente in Azienda.

Con lo stesso atto deliberativo sono state fornite le linee di indirizzo per l'attivazione del lavoro agile, le indicazioni operative per i dipendenti autorizzati al trattamento dei dati personali, sono stati assolti gli obblighi informativi in tema di sicurezza ricorrendo alla documentazione resa disponibile sul sito INAIL ed è stato dato mandato alla UOC Politiche e Gestione Risorse Umane di curare i correlati adempimenti. Sullo spazio Intranet aziendale sono stati messi a disposizione dei dipendenti i documenti aziendali utili all'attivazione del lavoro agile.

Le autorizzazioni al lavoro agile sono state gestite mediante apposita modulistica, compilata dall'interessato e dal responsabile di struttura di riferimento.

Il responsabile ha provveduto all'individuazione delle attività da svolgere in modalità agile e ha definito l'articolazione dell'orario settimanale; le articolazioni sono state personalizzate (con indicazione dei giorni di lavoro in presenza e da remoto) - con orario pari a 7 ore e 12 minuti giornalieri nel caso di articolazione dell'orario su 5 giorni e 6 ore in caso di articolazione dell'orario su 6 giorni. L'attivazione del lavoro agile è stata disposta su autorizzazione del Direttore Amministrativo, con garanzia di priorità ai lavoratori fragili.

Nei periodi di primo lockdown e in quelli di recrudescenza pandemica l'attivazione del lavoro agile ha coinvolto un numero rilevante di operatori, ferma restando la garanzia, laddove necessario, della presenza in ciascun ufficio di almeno una unità; con particolare riferimento al primo periodo, per esigenze di servizio sono state mantenute in presenza le unità di personale necessarie a garantire i servizi essenziali, tra i quali ad esempio la logistica o il reclutamento del personale.

In relazione all'andamento pandemico, lo strumento è stato esteso, laddove è stato possibile individuare attività gestibili da remoto e comunque per numeri ridotti, anche al personale del ruolo sanitario e della dirigenza area sanità, con particolare riferimento ai lavoratori "fragili".



Per l'operatività del lavoro agile è stato previsto e implementato l'utilizzo di strumenti in grado di replicare al di fuori del perimetro aziendale gli ambienti di lavoro, ossia i consueti applicativi fruibili da parte dei lavoratori tramite dispositivi informatici propri (o eventualmente messi a disposizione dall'Azienda, laddove disponibili) per consentire il lavoro da remoto del personale come se fosse in sede; in caso di necessità di effettuare recall per confermare le prenotazioni di visite mediche è stato assegnato un cellulare aziendale dotato di profilo fonia/dati opportuno.

È stata inoltre predisposta un'apposita Scheda di Monitoraggio, da compilare a cura del Responsabile del dipendente collocato in lavoro agile e, successivamente, dal lavoratore stesso, finalizzata a monitorare settimanalmente l'attività svolta in smart working.

Il Responsabile è stato invitato ad assegnare al dipendente progetti e obiettivi da perseguire, ad indicare i Risultati Attesi e a definire gli Indicatori per verificare il raggiungimento del progetto/obiettivi assegnati. Successivamente il lavoratore è stato chiamato a compilare, giornalmente, la scheda nella parte di sua competenza. Il Responsabile era tenuto ad attestare, al termine, lo stato di raggiungimento del progetto.

Per la gestione e regolarizzazione informatizzata del cartellino delle presenze i lavoratori agili sono stati chiamati a giustificare il lavoro in modalità Smart Working attraverso il portale "Angolo del dipendente", appositamente abilitato, inserendo la causale codice "Smart Working" ed il Responsabile è stato chiamato al riscontro della programmazione effettuata con lo svolgimento delle attività assegnate e quindi a convalidare la presenza attraverso il portale stesso.

Dalla data del 24 marzo 2020, con Provvedimento del Direttore Amministrativo, è stato autorizzato lo svolgimento dell'attività lavorativa in modalità agile a n. 122 dipendenti.

A seguito dell'entrata in vigore del D.L. 1° aprile 2021, n. 44, convertito con modificazioni dalla L. 28 maggio 2021, n. 76 e s.m.i., sono stati collocati in lavoro agile con prestazione lavorativa interamente da remoto gli operatori soggetti ad obbligo vaccinale ed esentati dallo stesso per accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal proprio medico curante di medicina generale ovvero dal medico vaccinatore, nel rispetto delle circolari del Ministero della salute in materia di esenzione dalla vaccinazione anti SARS-CoV-2.

A tal fine, per questi operatori le Commissioni deputate alla verifica della possibile ricollocazione hanno individuato le attività da svolgere, nell'ambito di un Progetto di Lavoro assegnato, obiettivi, risultati attesi ed indicatori di verifica.

Dal 15 ottobre 2021, in attuazione delle disposizioni di cui al DPCM 23 settembre 2021 "*Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle Pubbliche Amministrazioni*" e al DM 8 ottobre 2021 "*Modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle Pubbliche Amministrazioni*", la modalità ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa nell'AOUS è tornata ad essere quella in presenza, fatte salve le disposizioni in tema di lavoro agile con modalità semplificate emergenziali per i lavoratori fragili, prorogate da specifiche disposizioni normative.

### **3.2.2 MODALITA' ATTUATIVE: CONDIZIONALITÀ E FATTORI ABILITANTI**

L'esperienza maturata durante la fase emergenziale ha rappresentato il punto di partenza per la definizione della disciplina ordinaria del lavoro agile (o smart working), con l'obiettivo di consentire l'accesso ad un nuovo modello di prestazione lavorativa che tende a realizzare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro,



improntato alla flessibilità organizzativa nell'ottica dei risultati e volto a ricercare una maggiore produttività stimolando l'autonomia e la responsabilità dei/delle lavoratori/lavoratrici.

Il lavoro agile potrà essere utilizzato, in ogni caso, non esclusivamente come uno strumento di conciliazione vita lavoro ma anche come uno strumento di innovazione organizzativa e di modernizzazione dei processi, per il potenziamento dell'efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa, in coerenza con la finalità di valorizzare il lavoro per obiettivi.

### 3.2.2.1 Misure organizzative (organizzazione del lavoro)

L'Azienda intende garantire il lavoro agile ad almeno il 15% dei dipendenti impegnati in attività che possono essere svolte in modalità agile, con la garanzia che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento della professionalità e della progressione di carriera.

In adempimento alla normativa vigente, al fine di attivare la modalità di lavoro agile in regime ordinario, l'Azienda ha adottato, con Deliberazione n. 1360 del 29.12.2022, il Regolamento aziendale che disciplina l'organizzazione e l'attuazione del lavoro agile.

Preliminarmente, l'Azienda individuerà le attività e i processi che possono essere svolti, in tutto o in parte, in modalità agile (Mappatura delle attività)

In linea di massima le attività possono essere svolte in modalità di Smart Working quando sussistono i seguenti requisiti:

1. è possibile delocalizzare, almeno in parte, le attività assegnate, senza che sia necessaria la costante presenza fisica del dipendente nella sede di lavoro;
2. è possibile utilizzare strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento della prestazione lavorativa al di fuori della sede di lavoro compresa l'eventuale attivazione delle necessarie procedure informatiche e di collegamento anche alla rete aziendale;
3. è possibile organizzare l'esecuzione della prestazione lavorativa nel rispetto degli obiettivi prefissati ed in piena autonomia;
4. è possibile monitorare e valutare i risultati delle attività assegnate al dipendente, che opera in condizioni di autonomia, rispetto agli obiettivi programmati.
5. l'attività in modalità Smart Working è compatibile con le esigenze organizzative e gestionali di servizio della struttura di appartenenza.

Rientrano in generale in tale categoria, a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, le attività amministrative di analisi, studio e ricerca (compresa la redazione di relazioni, circolari, atti amministrativi, documenti, regolamenti, approfondimenti normativi e giurisprudenziali), le procedure operative, la predisposizione di rapporti di monitoraggio, le procedure di acquisizione di beni e servizi, le procedure di prenotazione delle prestazioni, la tenuta delle agende, l'attività di inserimento dati nei sistemi informativi.

È escluso dal lavoro agile:

- personale che svolge lavoro a turni
- il personale che svolge attività di cura ed assistenza diretta
- il personale che svolge attività per cui è necessario un contatto in presenza con il pubblico
- il personale che utilizza strumentazioni non remotizzabili.



Eseguita la mappatura delle attività che possono essere svolte da remoto e che possono essere oggetto di sviluppo ed ampliamento, il lavoro agile trova il fondamento in un Piano specifico per l'attuazione del lavoro agile, che viene redatto direttamente dal Direttore della struttura o può essere proposto dai lavoratori al Direttore stesso.

Il Piano specifico per l'attuazione del Lavoro Agile deve almeno prevedere i seguenti punti i quali saranno declinati negli accordi individuali del/ degli operatori che prenderanno parte alla realizzazione del piano:

- a. Denominazione del Piano Specifico
- b. Durata
- c. Scopo e Obiettivi del Piano
- d. Processi e/o le attività interessate
- e. Numero dei dipendenti inseribili in SW con accordo individuale specifico per la realizzazione del Piano, indicando le motivazioni e/o valutazioni che conducono al numero indicato dei possibili dipendenti da coinvolgere con accordo individuale specifico
- f. Profili professionali interessati
- g. Indicazione delle giornate settimanali/mensili da svolgere in Smart Working dei diversi ruoli partecipanti al progetto, anche sotto forma di intervallo tra un minimo e un massimo di giorni fuori sede; la previsione di giorni fuori sede potrà essere differenziata in rapporto al ruolo ed alla natura delle mansioni individuali previste nel Piano
- h. Fascia di contabilità in cui il lavoratore può essere contattato sia telefonicamente che via email o con altro sistema di comunicazione dall'ufficio di appartenenza. Tale fascia oraria può essere compresa da un minimo di 2 ore ad un massimo di 6.
- i. Modalità di verifica delle attività svolte in SW, attraverso l'impiego di adeguati indicatori di attività e di risultato
- j. Eventuale formazione o aggiornamento necessari e/o opportuni
- k. Le tecnologie da utilizzare e i sistemi di supporto e sicurezza;
- l. Eventuali costi e benefici attesi.

Il Piano specifico per il Lavoro Agile, con durata di norma pari ad un anno, eventualmente prorogabile, dovrà essere sottoscritto, oltre che dal Responsabile, anche dal Direttore del Dipartimento o di Area interdipartimentale di afferenza (che attesta che l'attività da svolgere in modalità agile non è di pregiudizio per i percorsi attivati della struttura) e dal Direttore Amministrativo o Direttore Sanitario (in base alla struttura di assegnazione del dipendente, a garanzia del rispetto delle condizioni e disposizioni previste dal Regolamento).



L'assegnazione del dipendente alle attività del Piano, o di parte di esso, avviene attraverso la firma dell'Accordo Individuale che può, eventualmente, prevedere un periodo di assegnazione più breve della durata del piano. Questa ipotesi temporale può essere utilizzata per dare la possibilità anche di rotazione tra più candidati.

Una volta approvato il Piano Specifico, il Regolamento disciplina le fasi che vengono gestite a livello di ciascuna delle strutture organizzative coinvolte per l'individuazione del personale da autorizzare al lavoro agile:

- a) pubblicizzazione mediante Avviso ai dipendenti su piattaforma aziendale, per acquisire l'adesione dei dipendenti interessati.
- b) presentazione al dirigente responsabile delle candidature volontarie da parte del personale interessato addetti agli uffici interessati al Piano specifico.
- c) approvazione delle candidature da parte del Dirigente ed eventuale formazione della graduatoria in base ai criteri di priorità e preferenza, che potrà dare luogo ad una rotazione.
- d) sottoscrizione dell'Accordo Individuale con i dipendenti le cui candidature sono state approvate.

Il Regolamento Aziendale prevede la redazione dell'**Accordo Individuale**, con indicate le specifiche caratteristiche per l'attuazione del Piano.

Per lo svolgimento del lavoro agile i dipendenti dovranno aver adempiuto agli obblighi formativi in materia di:

1. aspetti di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro e dei rischi connessi all'utilizzo dei dispositivi tecnologici
2. misure di sicurezza anche comportamentale sul corretto utilizzo e sulla tutela delle informazioni, dei beni o materiali dell'Amministrazione,
3. previsioni normative in materia di privacy e tutela dei dati personali.

per i quali sono attivati appositi percorsi formativi aziendali.

Lo svolgimento del lavoro in modalità Smart Working deve consentire il mantenimento di un livello qualitativo di prestazione e di risultati non inferiori a quello che sarebbe stato garantito nello svolgimento in modalità ordinaria; il responsabile del lavoratore è chiamato ad operare infatti un monitoraggio delle prestazioni di lavoro in modalità agile, mirato e costante, in itinere ed ex post, verificando il raggiungimento degli obiettivi fissati e l'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione nei risultati attesi.

Fermo restando che la sede di lavoro resta invariata ad ogni effetto di legge e di contratto, in occasione della prestazione lavorativa effettuata in Smart Working il dipendente può svolgere le prestazioni di lavoro nelle giornate di Smart Working tanto all'interno dei locali dell'Amministrazione quanto all'esterno, senza una postazione fissa.

La prestazione all'esterno può essere svolta presso la propria abitazione e/o in altri luoghi a scelta del dipendente tenuto conto delle mansioni e secondo un criterio di logica e ragionevolezza, purché i luoghi



prescelti rispondano a requisiti di idoneità e nel rispetto delle indicazioni fornite dall'azienda in materia di protezione dei dati e di salute e sicurezza sul lavoro.

### 3.2.2.2 Piattaforme tecnologiche (dotazioni tecnologiche)

La strumentazione utile al dipendente in Lavoro Agile per lo svolgimento dell'attività lavorativa (pc, connessione, telefono, etc.) di norma è a carico dell'Amministrazione che mette a disposizione del dipendente, previo accordo ed autorizzazione del Responsabile della struttura di assegnazione, in comodato d'uso gratuito, gli strumenti necessari per svolgere tutte le attività assegnate, garantendo la manutenzione degli stessi.

Tuttavia il dipendente può volontariamente utilizzare e mettere a disposizione attrezzatura propria o comunque nella propria disponibilità.

Per quanto riguarda le necessità per la connessione, considerata la natura non stabile e non continuativa dell'attività fuori sede, lo Smart Worker utilizza quella di proprietà personale (fissa, wi-fi, wireless, router, chiavette ...) per i quali non sono previsti rimborsi o indennizzi economici comunque denominati.

La modalità con cui il dipendente è messo in condizione di poter utilizzare gli applicativi software è attraverso accessi in desktop remoto ai server, grazie alle Virtual Desktop Infrastructure (VDI), accessibile anche dall'esterno tramite autenticazione.

Tramite la virtualizzazione degli ambienti di lavoro applicativi è possibile utilizzare al di fuori del perimetro aziendale le applicazioni e le cartelle condivise come se si fosse al lavoro; l'utente, avviato un browser da un pc connesso ad Internet, collegatosi all'indirizzo <https://workspace-aous.uslsudest.toscana.it>, installato il client VMware Horizon oppure prescelta la versione web, effettuato il login con le medesime credenziali aziendali, potrà accedere alle Virtual Desktop Infrastructure (VDI) assegnate per utilizzare gli applicativi di cui usualmente si avvale all'interno dell'Ospedale, nonché alle cartelle di rete personali e condivise come se fosse alla propria postazione di lavoro.

L'ambiente di lavoro da remoto si caratterizza per:

- una sezione dedicata agli applicativi aziendali abilitati;
- una sezione con le disposizioni aziendali relative al lavoro agile;
- una sezione contenente la modulistica;
- possibilità di archiviazione, sincronizzazione e condivisione di documenti su Nextcloud;
- un servizio di cloud storage open source molto utile per la sincronizzazione e la condivisione di varie tipologie di file.

È messa inoltre a disposizione dei lavoratori una piattaforma di videoconferenza di livello regionale, nata principalmente per le televisite e le teleconsulenze specialistiche, personalizzata sulla base della piattaforma Jitsi.

### 3.2.3 COMPETENZE PROFESSIONALI (SOGETTI COINVOLTI E FORMAZIONE)

#### 3.2.3.1 Soggetti coinvolti

**Responsabile di struttura:** Individua e propone le attività che possono essere gestite in lavoro agile. Predisporre il Piano Specifico per l'attuazione del lavoro Agile. Cura la pubblicazione dell'Avviso ai



dipendenti su piattaforma aziendale. Valuta e valida le candidature del personale interessato e cura l'eventuale formazione della graduatoria. Redige e sottoscrive l'Accordo Individuale con i dipendenti le cui candidature sono state approvate

**Direzione amministrativa – Direzione Sanitaria:** sottoscrive il Piano Specifico per l'attuazione del Lavoro Agile (in base alla struttura coinvolta dal Piano Specifico per l'attuazione del lavoro Agile, a garanzia del rispetto delle condizioni e disposizioni previste dal Regolamento. Redige e sottoscrive l'Accordo Individuale per i Responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale o per i Direttori di struttura complessa, su proposta dei lavoratori interessati

**UOC Politiche e Gestione Risorse Umane:** Provvede alla gestione dei conseguenti adempimenti amministrativi (profili orari, debiti informativi, tenuta integrazione contratto individuale per lavoro agile). Supporta la direzione per l'implementazione del lavoro agile (piani e regolamentazioni necessarie) con politiche del personale tese a coniugare e conciliare al meglio performance e benessere, tempi di vita e di lavoro. Fornisce attività di supporto ai Direttori di struttura nella redazione del Piano Specifico di lavoro Agile e dell'Accordo Individuale.

**Ufficio Innovazione:** Provvede alla gestione del fabbisogno tecnologico correlato alla implementazione e allo sviluppo del lavoro agile in azienda, con particolare riferimento alla fornitura di hardware e software. Provvede alla gestione degli adempimenti tecnologici conseguenti alle autorizzazioni del lavoro agile (abilitazioni - in collaborazione con ESTAR - fornitura hardware e software).

**UOC Controllo di Gestione:** Supporta la direzione nella definizione di obiettivi e indicatori di performance organizzativa e individuale in modalità di lavoro agile.

**Servizio prevenzione e protezione aziendale (UOC Gestione della Sicurezza):** Definisce gli aspetti della sicurezza sul lavoro in modalità agile.

**UOC Organizzazione, gestione e qualità dei percorsi socio-assistenziali e precontenzioso ospedaliero:** Promuove indagini finalizzate al monitoraggio del clima e del benessere organizzativo anche in modalità di lavoro agile, promuove focus group per accompagnare il processo di implementazione del lavoro agile in un'ottica di sostenibilità individuale, di gruppo e di organizzazione.

**UOC Medicina Preventiva e Sorveglianza Sanitaria:** Cura i processi inerenti all'idoneità alla mansione specifica tenuto conto delle peculiarità del contesto e del contenuto del lavoro in modalità agile.

**UOC Formazione:** Cura la programmazione ed esecuzione dei programmi formativi necessari per l'implementazione del lavoro agile.

**Comitato unico di garanzia (CUG):** Il CUG esprime pareri e formula contributi in merito alle politiche attuate per l'implementazione del lavoro agile ponendo particolare attenzione alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, alla promozione della parità di genere e al benessere organizzativo.

**Organismi indipendenti di valutazione (OIV):** Contribuisce alla definizione degli indicatori che l'amministrazione utilizza per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance, attività rilevante quando si deve implementare il lavoro agile. Valida il Piano Organizzativo del Lavoro Agile nell'ambito del PIAO verificando la congruità degli obiettivi e degli indicatori e la correttezza del processo di definizione.





**Responsabile della Transizione al Digitale (RTD):** Definisce gli standard di sicurezza informatica, agisce per il progressivo passaggio ad Azienda “paperless” con gestione documentale integralmente digitalizzata, nel rispetto degli standard di tenuta.

**Singolo operatore:** Chiede l’autorizzazione allo svolgimento del lavoro agile. È responsabilizzato nello svolgimento dell’attività nell’ottica del raggiungimento del risultato.

**Organismi paritetici:** esprimono pareri e formulano contributi in merito alle politiche attuate per l’implementazione del lavoro agile con particolare attenzione alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e al benessere organizzativo.

**Rappresentanze sindacali:** L’implementazione del lavoro agile avviene mediante costante confronto con le organizzazioni sindacali, che vengono informate e formulano contributi in merito alle politiche attuate per lo sviluppo.

**Responsabile per la protezione dei dati:** Definisce gli aspetti della sicurezza per la protezione dei dati in modalità agile.

### 3.2.3.2 Formazione

Al fine di favorire l’accesso al lavoro agile ed integrarlo maggiormente nell’organizzazione aziendale, l’Azienda ospedaliero-universitaria Senese attiverà uno specifico percorso formativo rivolto in prima istanza ai Dirigenti ed ai titolari di Incarico di Funzione Organizzativa ed in un secondo momento agli operatori interessati.

Risulta indispensabile segnalare preliminarmente che l’Azienda ha aderito al progetto *Syllabus* per la formazione digitale (programma di assesment e formazione sulle competenze digitali) organizzato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica, aperto a 1000 operatori.

Per quanto concerne il piano formativo per i Dirigenti e i titolari di Incarico di Funzione Organizzativa, lo stesso sarà finalizzato a dotarli di nuove competenze digitali, nonché delle competenze necessarie per una diversa organizzazione del lavoro e per modalità di coordinamento indispensabili ad una gestione efficiente del lavoro agile. Il piano formativo per gli operatori comprenderà l’aggiornamento delle competenze digitali e nuove soft skills per l’auto-organizzazione del lavoro, per la cooperazione a distanza tra colleghi e per le interazioni a distanza anche con l’utenza.

L’ipotesi di formazione attivabile prevederà i seguenti contenuti:

- GESTIONE DEL LAVORATORE A DISTANZA (Corso in collaborazione con ESTAR)

**Obiettivo:** Sostenere i livelli manageriali nel processo di implementazione del lavoro agile

**Destinatari:** Responsabili di struttura interessati



### **3.2.4 OBIETTIVI ALL'INTERNO DELL'AMMINISTRAZIONE CON SPECIFICO RIFERIMENTO AI SISTEMI DI MISURAZIONE DELLA PERFORMANCE**

Nelle tabelle seguenti sono rappresentati gli Obiettivi dell'Amministrazione con specifico riferimento ai sistemi di misurazione della performance, con i relativi indicatori e i target delle fasi di avvio, di sviluppo intermedio e di sviluppo avanzato, definiti in relazione alle seguenti dimensioni:

- TAb.1) Condizioni abilitanti del lavoro agile:
  - Salute organizzativa
  - Salute professionale
  - Salute digitale
  - Salute economico-finanziaria
- Tab. 2) Attuazione lavoro agile: qualità - quantità
- Tab. 3) Performance organizzative: economicità – efficienza – efficacia
- Tab. 4) Impatti: sociale, ambientale, economico, impatti interni.



Tab.1)

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2022 (baseline)	FASE DI AVVIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2025	FONTE
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	<b>SALUTE ORGANIZZATIVA</b>						
	Supportare la Direzione Aziendale nel percorso di introduzione e messa a regime del lavoro agile	Coordinamento organizzativo del lavoro agile	Adottato Regolamento Aziendale con Deliberazione n. 1360 del 29.11.2022 ( <i>pro-roga lavoro agile per lavoratori fragili attivato in fase emergenziale</i> )	Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio	UOC Politiche e Gestione Risorse Umane; UOC Organizzazione, gestione e qualità dei percorsi socio-assistenziali e precontenzioso ospedaliero con la collaborazione del CUG
	Analizzare l'impatto dell'introduzione del lavoro agile su dinamiche relazionali tra i membri dell'organizzazione, sul clima/benessere organizzativo	Monitoraggio del lavoro agile		Implementazione monitoraggio	70% di rispondenti	70% di rispondenti	UOC Organizzazione, gestione e qualità dei percorsi socio-assistenziali e precontenzioso ospedaliero con la collaborazione del CUG
	Mappatura delle attività gestibili in lavoro agile	Adozione delibera mappatura integrata con redazione piani specifici di attuazione	ND	>30% entro il 31.03	100% entro il 31.03	100% entro il 31.03	UOC Politiche e Gestione Risorse Umane
	<b>SALUTE PROFESSIONALE</b>						
	Promuovere lo sviluppo delle competenze direzionali utili all'implementazione e alla diffusione del lavoro agile	Competenze direzionali: -% dirigenti/incarichi di funzione che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno;	non attivati corsi di formazione	20%	100%	//	UOC Politiche e Gestione Risorse Umane – UOC Formazione
	Promuovere lo sviluppo delle competenze del personale utili all'implementazione e alla diffusione del lavoro agile	Competenze organizzative: -% di lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del lavoro agile	non attivati corsi di formazione	20%	100%	//	UOC Politiche e Gestione Risorse Umane – UOC Formazione



		nell'ultimo anno;					
<b>SALUTE DIGITALE</b>							
Capacità di accedere da remoto alle cartelle di rete o su cloud	% dipendenti in lavoro in grado di accedere da remoto alle cartelle di rete o su cloud	ND	100%	100%	100%	dirigenti	
Capacità di partecipare a videoconferenze	% dipendenti in grado di partecipare a videoconferenze	ND	70%	90%	100%	dirigenti	
Capacità di organizzare videoconferenze	% dipendenti in grado di organizzare videoconferenze	ND	50%	60%	70%	dirigenti	
<b>SALUTE ECONOMICO-FINANZIARIA</b>							
Disponibilità di risorse da investire nell'acquisto di laptop	Valore economico destinato ad acquisto tecnologie informatiche per dipendente che avvia il lavoro agile	ND	720/cad	720/cad	720/cad	Ufficio Innovazione	
NOTE							



Tab.2)

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2022 (baseline)	FASE DI AVVIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2025	FONTI
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	<b>QUANTITA'</b>						
	Partecipazione a lavoro agile	- % dipendenti richiedenti lavoro agile su totale dipendenti potenzialmente autorizzabili, in relazione alle attività lavorabili in SW	Non rilevante perché legato al periodo emergenziale	15%	20%	25%	<i>Su applicativo HR</i>
	Gestione incontri di lavoro in smart working	Utilizzo medio giornaliero di strumenti di videoconferenza per dipendente strutture di supporto		1	2	3	<i>Portale vdc</i>
	<b>QUALITA'</b>						
	Monitorare la qualità percepita del lavoro agile	Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti /Incarichi di Funzione e dipendenti, articolato per genere, per fascia di età, per stato civile	//	//	60%	70%	UOC Organizzazione, gestione e qualità dei percorsi socio-assistenziali e precontenzioso ospedaliero
NOTE							



Tab.3)

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2022 (baseline)	FASE DI AVVIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2025	FORNITORE
PERFORMANCE ORGANIZZATIVE	<b>ECONOMICITÀ</b>						
	Ottimizzazione spazi fisici delle strutture attraverso condivisione multifunzionale spazi	Incremento spazi condivisi	ND	+5%	+8%	+10%	Mobility (UOC Gestione Logistica, Economale, Contratti, e rapporti con Estar)
	<b>EFFICIENZA</b>						
	Ottimizzazione tempo dedicato alle riunioni	% videoconferenze con durata massima di 45 minuti	ND	20%	50%	80%	Portali dedicati VDC
<b>EFFICACIA</b>							
	Pieno raggiungimento obiettivi budget da parte di strutture con % importanti di lavoro in smart working	% strutture di supporto con raggiungimento obiettivi budget superiori all' 80% e proporzionale ore gestite in smart working superiore al 20%	Non rilevante perché legato allo stato di emergenza	70%	80%	90%	SW personale e controllo di gestione
NOTE							



Tab.4)

DIMENSION I	OBIETTIVI	INDICATORI	STATO 2022 (baseline)	FASE DI AVVIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2024	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2025	FONTE	
IMPATTI	<b>IMPATTO SOCIALE</b>							
	Riduzione ricorso a collaboratori familiari (baby sitter/badanti/domestiche etc.)	% dipendenti in SW che dichiarano di aver ridotto il ricorso ad aiuti esterni di almeno un 20%	ND	10%	15%	20%	Indagine UOC Organizzazione gestione e qualità dei percorsi socio-assistenziali e precontenzioso ospedaliero	
	Riduzione spese di viaggio (servizi trasporto o mezzo proprio) per raggiungimento sede di lavoro	% dipendenti in SW che dichiarano di aver ridotto le spese di viaggio di almeno il 20%	ND	20%	30%	40%	Indagine UOC Organizzazione gestione e qualità dei percorsi socio-assistenziali e precontenzioso ospedaliero	
	<b>IMPATTO AMBIENTALE</b>							
	Riduzione emissioni inquinanti	% dipendenti sw che dichiarano di aver ridotto i km annui percorsi per motivi lavorativi con automezzi di almeno il 20%	ND	50%	80%	100%	Indagine UOC Organizzazione gestione e qualità dei percorsi socio-assistenziali e precontenzioso ospedaliero	
	<b>IMPATTO ECONOMICO</b>							
	Riduzione spese per trasferte aziendali	Riduzione percentuale spese per trasferte esterne (anno confronto 2019)	ND	-20%	-30%	-50%	UOC Politiche e Gestione Risorse Umane	
	<b>IMPATTI INTERNI</b>							
	Potenziamento confronto con soggetti altre aziende o enti	% videoconferenze con partecipanti esterni all'azienda	ND	10%	20%	30%	Portali dedicati VDC	
Analizzare l'impatto dell'introduzione del lavoro agile su dinamiche relazionali tra i membri dell'organizzazione, sul clima/benessere organizzativo	Monitoraggio del lavoro agile soddisfazione rispondenti e andamento salute/clima organizzativo	//	10%	30%	50%	UOC Organizzazione gestione e qualità dei percorsi socio-assistenziali e precontenzioso ospedaliero		
NOTE								



### 3.3 Sottosezione di programmazione Piano triennale dei fabbisogni di personale

Piano triennale dei fabbisogni di personale 2022-2024 – Allegato 6) al PIAO

#### SEZIONE 4. MONITORAGGIO

La sezione indica gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle precedenti sezioni, la periodicità delle rilevazioni ed i soggetti responsabili.

In particolare, il monitoraggio delle sottosezioni Valore Pubblico e Performance avviene secondo le modalità stabilite dal D.Lgs. 27 ottobre 2009 n.150, mentre il monitoraggio della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza avviene secondo le indicazioni di ANAC.

Per la sezione Organizzazione e capitale umano il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato dall'Organismo Indipendente di valutazione (OIV).

La Delibera Aziendale n.726 del 13 Luglio 2022 ha definito e descritto il funzionamento (le fasi, la metodologia, le tempistiche, i soggetti responsabili e gli output prodotti) dei Sistemi Aziendali di Monitoraggio e Controllo dell'AOU Senese, che in questa fase la Direzione Aziendale, a decorrere dall'anno 2023, ha ritenuto opportuno integrare con due ulteriori Sistemi, vedi lettera G) e lettera I).

#### Sezione: "Gestione dell'Attività Ospedaliera"

- A) MONITORAGGIO UTILIZZO SALE OPERATORIE E LISTE DI ATTESA CHIRURGICHE
  - A1) Analisi utilizzo delle Sale Operatorie
  - A2) Analisi Liste di Attesa Chirurgiche
  
- B) MONITORAGGIO VOLUMI ATTIVITA' CHIRURGICA (RICOVERI ORDINARI E DAY SURGERY) IN REGIME DI ELEZIONE E DI URGENZA E ATTIVITA' DI CHIRURGIA ROBOTICA
  
- C) MONITORAGGIO ATTIVITA' AMBULATORIALE/PRIME VISITE  
(PER LE PRESTAZIONI DI PRIMO ACCESSO (PRGLA) PER AMBITO DI GARANZIA)
  - C1) Andamento domanda/offerta dell'attività ambulatoriale e attività di prenotazione
  - C2) Prescrizione/Prenotazione della visita di controllo o di follow-up successiva al primo accesso (Preso in carico dei pazienti)
  
- D) MONITORAGGIO VOLUMI ATTIVITA' AMBULATORIALE LIBERO-PROFESSIONALE E VOLUMI ATTIVITA' AMBULATORIALE ISTITUZIONALE





- E) MONITORAGGIO ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO  
(ADULTI E PEDIATRICI, PER AREA DI PROVENIENZA E CODICE DI GRAVITA')
- F) MONITORAGGIO GESTIONE DELLA PANDEMIA
  - F1) Andamento Ricoveri Area Covid e Tasso di Occupazione Posti-Letto Covid
  - F2) Andamento Vaccinazioni anti Covid-19
  - F3) Andamento Contagi da Covid-19 del Personale
- G) SISTEMA DEGLI OBIETTIVI REGIONALI ANNUALI ASSEGNATI ALL'AOU SENESE– DEFINIZIONE DELLE STRUTTURE COINVOLTE, DEGLI INDICATORI DI VERIFICA, DEI TARGET DI RIFERIMENTO E DEI SOGGETTI RESPONSABILI DEL MONITORAGGIO
- H) MONITORAGGIO SCHEDE DI BUDGET (OBIETTIVI AZIENDALI)

Sezione: "Controllo Economico-Finanziario"

- I) MONITORAGGIO E CONTROLLO COSTI E RICAVI AZIENDALI
- J) MONITORAGGIO SPESA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI
  - J1) Andamento Costi Farmaceutica / Dispositivi e Controlli di Appropriatezza
  - J2) Controlli Economico-Budgetari
- K) MONITORAGGIO COSTI DEL PERSONALE
- L) MONITORAGGIO ANDAMENTO ECONOMICO – CONTO ECONOMICO (CE)
- M) MONITORAGGIO TEMPI DI PAGAMENTO A FORNITORI
- N) MONITORAGGIO RISCOSSIONE CREDITI
  - N1) Crediti verso Aziende Pubbliche e Privati
  - N2) Fatturazione Servizi a Soggetti Privati – Ticket
- O) MONITORAGGIO PAGAMENTO ANTICIPATO PRESTAZIONI SANITARIE

Sezione: "Area Personale"

- P) MONITORAGGIO ANDAMENTO ASSEGNAZIONI FUNZIONALI DEL PERSONALE
- Q) INDICATORI DI PRODUTTIVITA' DEL PERSONALE AZIENDALE
- R) MONITORAGGIO/INDAGINI DI CLIMA INTERNO E DEL BENESSERE ORGANIZZATIVO



Sezione: "Area Tecnica"

- S) MONITORAGGIO ANDAMENTO LAVORI PUBBLICI
- T) MONITORAGGIO GESTIONE SPAZI OSPEDALIERI – SPOT

Sezione: "Area Amministrativa"

- U) MONITORAGGIO ACCORDI/CONVENZIONI
- V) PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITA' (PAC) – MANUALE AZIENDALE DELLE PROCEDURE AMMINISTRATIVO-CONTABILI ED ATTIVITA' DI INTERNAL AUDITING
  - V1) Revisione del Manuale Aziendale delle Procedure Amministrativo-Contabili
  - V2) Attività di Internal Auditing

Sezione: "Valutazione dell'Utenza"

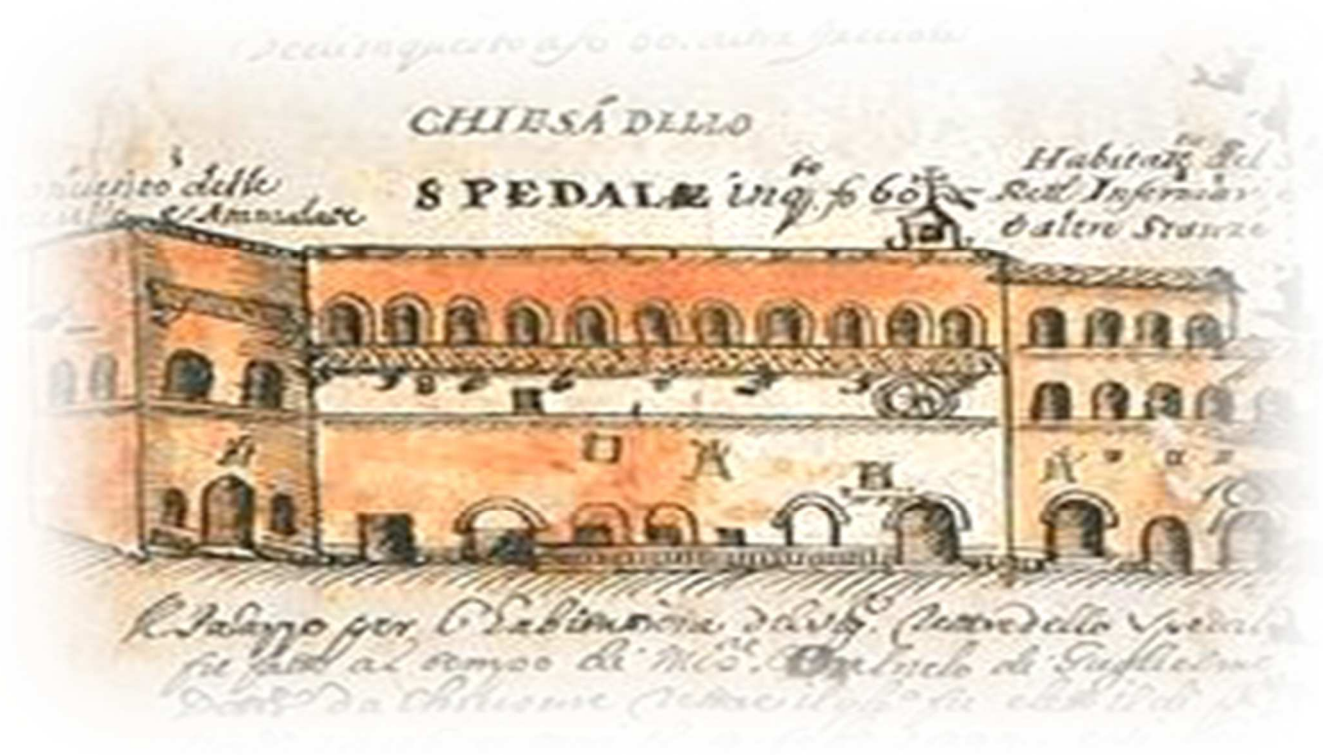
- W) MONITORAGGIO RECLAMI/SEGNALAZIONI UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO (URP)
- X) MONITORAGGIO/INDAGINI DELLA SODDISFAZIONE DELL'UTENZA



Azienda ospedaliero-universitaria Senese

# PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

2023 – 2025



## SOMMARIO

Introduzione.....	2
1. Fonti Legislative Di Riferimento .....	3
2. Situazione del Personale.....	6
Personale Ospedaliero.....	9
Personale Universitario .....	11
3. Obiettivi Generali del Piano .....	12
Sviluppo di Politiche per l'equità e contro le molestie e le discriminazioni, a tutela della dignità e della libertà delle Lavoratrici e dei Lavoratori.....	12
Promozione del benessere lavorativo organizzativo e individuale, azione di contrasto alle molestie nei luoghi di lavoro ed al mobbing .....	13
Promozione della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro .....	13
Promozione e sviluppo della Cultura di Genere e Pari Opportunità con particolare riferimento alla Comunicazione ed alla Formazione In relazione alle attività portate avanti dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) .....	14
Costituzione del Nucleo di Ascolto.....	15
Impegno nella promozione della Persona, valorizzazione delle Risorse Umane, accrescimento professionale dei Dipendenti.....	15
Rapporti tra la Direzione Aziendale e il Comitato Unico di Garanzia .....	16
4. Bilancio di Genere .....	17
5. Soggetti e Uffici coinvolti.....	17
6. Strumenti e attività di monitoraggio .....	17

## **INTRODUZIONE**

Il nuovo Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese (AOUS) si è insediato, con provvedimento del/ Direttore Generale n. 1132 del 09.11.2022 che ha rinnovato le nomine dei componenti del CUG aziendale.

L'Organo, in conformità con i principi sanciti dalla Costituzione, dalla normativa vigente e dal diritto dell'Unione Europea, rivolge uno sguardo attento alle migliori prassi nazionali e internazionali in materia di promozione dell'equità e valorizzazione delle diversità assumendo un rilevante impegno nei confronti dell'AOUS per prevenire e contrastare ogni forma di discriminazione e disuguaglianza. Il Comitato Unico di Garanzia si pone dunque l'obiettivo di costruire un ambiente di lavoro sano, libero dagli stereotipi e dai nel rispetto delle libertà e della dignità della persona nell'ambiente di lavoro.

Tra i temi sui quali maggiormente si è concentrato l'AOUS, tramite l'operato del CUG, vi è quello della conciliazione dei tempi di vita/lavoro alla luce di quei principi di efficacia, efficienza, trasparenza e rispetto delle pari opportunità tra i generi che sono costantemente oggetto di particolare attenzione da parte del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione Europea.

In particolare modo quest'ultimo, attraverso la *Direttiva 2019 /1158*, ha evidenziato come il raggiungimento dell'eguaglianza tra uomini e donne passi necessariamente attraverso il riconoscimento delle pari opportunità tra i generi nell'ambito di un mercato del lavoro che garantisca pari trattamento professionale. Proprio questo tema così rilevante è appunto una delle parti centrali del PAP 2022/2024 e molte sono, infatti, le azioni positive individuate per migliorare la vita quotidiana di coloro che subiscono una distribuzione impari delle responsabilità familiari.

Altro tema di estremo interesse per il CUG è quello dello stretto legame che intercorre tra le condizioni lavorative e i rischi per la salute. In particolar modo, nel caso delle lavoratrici, sono spesso fattori di natura organizzativa e, più in generale, culturale ad incidere maggiormente sui loro più bassi livelli di soddisfazione. Il fine è quello di realizzare uno strumento applicativo che sia in grado di misurare il livello della loro sensibilità rispetto alle questioni di genere in termini di salute e sicurezza.

Operando in continuità con il precedente PAP al fine di tramutare le azioni da questo individuate in prassi, il Comitato ha inoltre inteso lavorare in stretta armonia con il Gruppo per la redazione del *Gender Equality Plan* (GEP) ovvero il piano strategico dell'AOUS per l'eguaglianza di genere, oltre che in sinergia con il Gruppo per la redazione del Bilancio di Genere (BdG) e il Tavolo per il benessere organizzativo.

L' Azienda Ospedaliero Universitaria Senese consapevole dell'importanza di dotarsi di uno strumento strategico sulle azioni positive sulla base dei concetti sopra richiamate, adotta il presente Piano avente

durata triennale che si pone, in linea con i più ampi contenuti del PIAO, i contenuti del Piano della performance e del Piano per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, come strumento per poter attuare le politiche di genere di tutela dei lavoratori e come strumento indispensabile nell'ambito del generale processo di riforma della P.A., diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane.

In tale cornice sono state individuate le seguenti aree d'intervento:

- Sviluppo di politiche per l'equità e contro le molestie e le discriminazioni, a tutela della dignità e della libertà delle lavoratrici e dei lavoratori
- Promozione del benessere lavorativo organizzativo e individuale, azione di contrasto alle molestie nei luoghi di lavoro ed al mobbing
- Promozione della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro
- Promozione e sviluppo della cultura di genere e pari opportunità con particolare riferimento alla comunicazione ed alla formazione in relazione alle attività portate avanti dal Comitato Unico di Garanzia (CUG) attraverso l'ausilio del Nucleo di Ascolto
- Impegno nella promozione della persona, valorizzazione delle risorse umane, accrescimento professionale dei dipendenti
- Rapporti tra la Direzione Aziendale e il Comitato Unico di Garanzia

## **1. FONTI LEGISLATIVE DI RIFERIMENTO**

Il legislatore ha provveduto, nel corso degli anni, a creare una serie di strumenti per garantire le pari opportunità sul luogo di lavoro, contrastare le discriminazioni e promuovere l'occupazione femminile, in attuazione dei principi sanciti a livello costituzionale ed europeo.

Particolare rilievo assumono ai fini della realizzazione di una parità sostanziale le "azioni positive", introdotte nel nostro ordinamento dalla **legge 10 aprile 1991, n. 125** e ora disciplinate dagli artt. 44 e ss. del "**Codice delle pari opportunità**". Il Piano, quindi, nasce come evoluzione della disciplina sulle pari opportunità che trova il suo fondamento in Italia nella citata **Legge 10 aprile 1991, n. 125 recante "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo donna nel lavoro"**.

Successivamente, il d.lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, abrogato dall'art. 72 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche", anche conosciuto come "Testo Unico del Pubblico Impiego" (TUPI), ha esteso anche alle pubbliche amministrazioni il compito di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro. **L'art. 7 del d.lgs. 23 maggio 2000, n. 196 recante "Disciplina delle attività delle consigliere e consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive"** introduce, tra l'altro, per la pubblica

amministrazione piani di azioni positive al fine di assicurare la rimozione di ostacoli che di fatto impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro fra uomini e donne. **Il d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 recante “Codice delle pari opportunità tra uomo e donna a norma dell’art. 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246”** riprende e coordina in un testo unico la normativa di riferimento prevedendo all’art. 48 che ciascuna Pubblica Amministrazione, predisponga un Piano di azioni positive volto a *“assicurare [...] la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne”* prevedendo, inoltre, azioni che favoriscano il riequilibrio della presenza di genere nelle attività e nelle posizioni gerarchiche. Tali piani hanno durata triennale.

La nozione giuridica di **“azioni positive”** viene specificata, dall’art. 42 *“Adozione e finalità delle azioni positive”* del decreto legislativo sopra citato, come misure dirette a rimuovere ostacoli alla realizzazione delle pari opportunità nel lavoro. Sono inoltre, misure *“speciali”* in quanto non generali, ma specifiche e ben definite, che intervengono in un determinato contesto per eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta che indiretta e *“temporanee”* in quanto necessarie fino al momento in cui si rileva una disparità di trattamento.

La **Direttiva 23 maggio 2007 “Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche”** emanata dal Ministero per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione con il Ministero per i diritti e le pari opportunità, richiamando la direttiva del Parlamento e del Consiglio Europeo 2006/54/CE indica come sia importante il ruolo che le amministrazioni pubbliche ricoprono nello svolgere un ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell’attuazione dei principi delle pari opportunità e delle valorizzazioni delle differenze nelle politiche del personale. La direttiva si pone l’obiettivo di fare attuare completamente le disposizioni normative vigenti, facilitare l’aumento della presenza di donne in posizioni apicali, sviluppare *best practices* volte a valorizzare l’apporto di lavoratrici e lavoratori, orientare le politiche di gestione delle risorse umane secondo specifiche linee di azione.

Anche il d.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 in tema di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, nell’introdurre il ciclo di gestione della performance richiama i principi espressi dalla normativa in tema di pari opportunità, prevedendo inoltre che il sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa concerna, tra l’altro, anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.

Anche l’art. 21 della **legge 4 novembre 2010, n. 183 (cd. “Collegato Lavoro”)** è intervenuto in tema di pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle P.A. apportando modifiche rilevanti agli artt. 1, 7 e 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165. Più in particolare, il **novellato art.**

7 introduce l'ampliamento delle garanzie, oltre che per le discriminazioni legate al genere, anche ad ogni altra forma di discriminazione che possa discendere da tutti quei fattori di rischio più volte enunciati dalla legislazione comunitaria, esplicitando che *“le pubbliche amministrazioni garantiscono parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione diretta ed indiretta relativa all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, estendendo il campo di applicazione nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro. Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo e si impegnano a rilevare, contrastare ed eliminare ogni forma di violenza morale o psichica al proprio interno.”* Per la prima volta la questione della parità e delle pari opportunità entra a pieno titolo in una normativa di carattere generale tra i fattori che condizionano il funzionamento organizzativo. La norma allarga l'ambito di tutela, individuando ulteriori fattispecie di discriminazioni, rispetto a quelle di genere, a volte meno visibili, quali, ad esempio, gli ambiti dell'età e dell'orientamento sessuale, oppure quello della sicurezza sul lavoro. È notorio, infatti, che un ambiente di lavoro in grado di garantire pari opportunità, salute e sicurezza è un ambiente nel quale si ottiene un maggior apporto dei lavoratori e delle lavoratrici, sia in termini di produttività, che di appartenenza. Su quest'ultimo punto merita di essere citato anche l'art. 28, comma 1 del d.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (c.d. Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro), che ha reso esplicito l'obbligo di valutare in un'ottica di genere e di verificare ed aggredire il rischio da stress lavoro-correlato quando esso emerga. La norma prevede, infatti, che *“La valutazione di cui all'art. 17, comma 1, lettera a), [...] deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, [...] tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, [...] quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza, [...] nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro”*. La stessa legge 4 novembre 2010, n. 183 ha introdotto, *ex novo*, un obbligo avente natura giuridica riguardante il generare, nelle organizzazioni pubbliche, benessere organizzativo. Prevedendo lo stesso art. 7 comma 1 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, così come modificato dall'art. 21 della legge ora citata che *“Le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo”* si delineano quindi nuove prospettive di implementazione delle azioni positive che sono da intendersi volte ad accrescere il benessere di tutti i lavoratori. Le Pubbliche amministrazioni sono chiamate quindi a garantire pari opportunità, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro quali elementi imprescindibili anche in termini di efficienza ed efficacia organizzativa, ovvero in termini di produttività e di appartenenza dei lavoratori stessi. Le pubbliche amministrazioni, così come sottolineato dalla normativa di riferimento, possono fornire tramite il loro esempio un ruolo propositivo e propulsivo per la promozione ed attuazione dei principi delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche di gestione del personale. Inoltre, le integrazioni all'**art. 57 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, operate dall'art. 21 sopracitato**, hanno previsto l'istituzione di un **Comitato unico di garanzia**



(CUG) che sostituisce, assorbendone le competenze, il Comitato pari opportunità e il Comitato paritetico sul fenomeno del mobbing operanti in ogni amministrazione. La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri 4 marzo 2011 ha completato il quadro normativo enunciando le Linee guida sulle modalità di funzionamento del CUG. Nel quadro di riferimento si aggiunge il d.lgs. 15 giugno 2015 n. 80, recante “Misure per la conciliazione delle esigenze di cura, vita e di lavoro in attuazione dell’art. 1, commi 8 e 9, della legge 10 dicembre 2014, n. 183” con il quale sono state introdotte, tra l’altro, misure volte alla tutela della maternità rendendo più flessibile la fruizione dei congedi parentali, favorendo le opportunità di conciliazione tra la generalità dei lavoratori e, in particolare, delle lavoratrici. Il d.lgs. 12 maggio 2016, n. 90, che ha introdotto l’**art. 38 septies, “Bilancio di genere”** nella legge di contabilità e finanza pubblica n. 196/2009.

In base a tale articolo, il Ministero dell’economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, ha avviato *“un’apposita sperimentazione dell’adozione di un bilancio di genere, per la valutazione del diverso impatto della politica di bilancio sulle donne e sugli uomini, in termini di denaro, servizi, tempo e lavoro non retribuito, per determinare una valutazione del diverso impatto delle politiche di bilancio sul genere”*. Inoltre, la Risoluzione del 13 settembre 2016 del Parlamento Europeo recante *“Creazione di condizioni del mercato del lavoro favorevoli all’equilibrio tra vita privata e vita professionale”*, la quale auspica l’insorgere di un processo di riorganizzazione della situazione a livello di equilibrio tra vita privata e vita professionale di donne e uomini in Europa e mira a contribuire al conseguimento dei livelli più elevati di parità di genere. Tale Risoluzione individua e suggerisce possibili collegamenti delle misure di conciliazione lavoro - famiglia con le esigenze di organizzazione flessibile, nonché con il recupero di produttività e di competitività aziendale, sottolineando che la conciliazione tra vita professionale, privata e familiare, deve essere garantita quale diritto fondamentale di tutti. Si evidenzia poi la Direttiva 2/19 *“Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche”* adottata dal Ministro per la pubblica amministrazione il 26 giugno 2019, che definisce nuove linee di indirizzo volte ad orientare le pubbliche amministrazioni in materia di promozione della parità e delle pari opportunità. In materia di lavoro agile nella P.A., infine, va rammentata la legge 22 maggio 2017, n. 81, la Direttiva 3/17 del Ministro per la pubblica amministrazione, nonché le disposizioni che, nel corso del 2020, hanno disciplinato l’utilizzo dell’istituto del lavoro agile in fase emergenziale, quale misura di prevenzione e di tutela della salute dei lavoratori.

## **2. SITUAZIONE DEL PERSONALE**

I diagrammi successivi presentano una serie di dati preliminari, volti a fornire una prima ricognizione delle dinamiche di genere presenti in AOUS. I dati sono stati forniti dall’Ufficio del Personale dell’Azienda e aggiornati al 31 dicembre 2021.

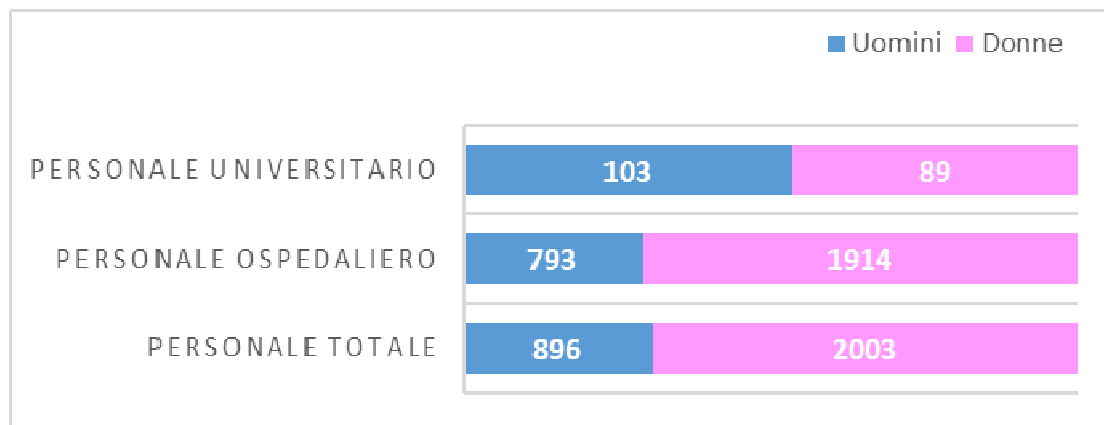


Tabella 1 - Ripartizione del personale per genere

Come risulta evidente dalle Tabelle 2 e 3 tale prevalenza femminile si osserva in quasi tutte le categorie professionali con l'eccezione più evidente rappresentata dalla componente medica universitaria.

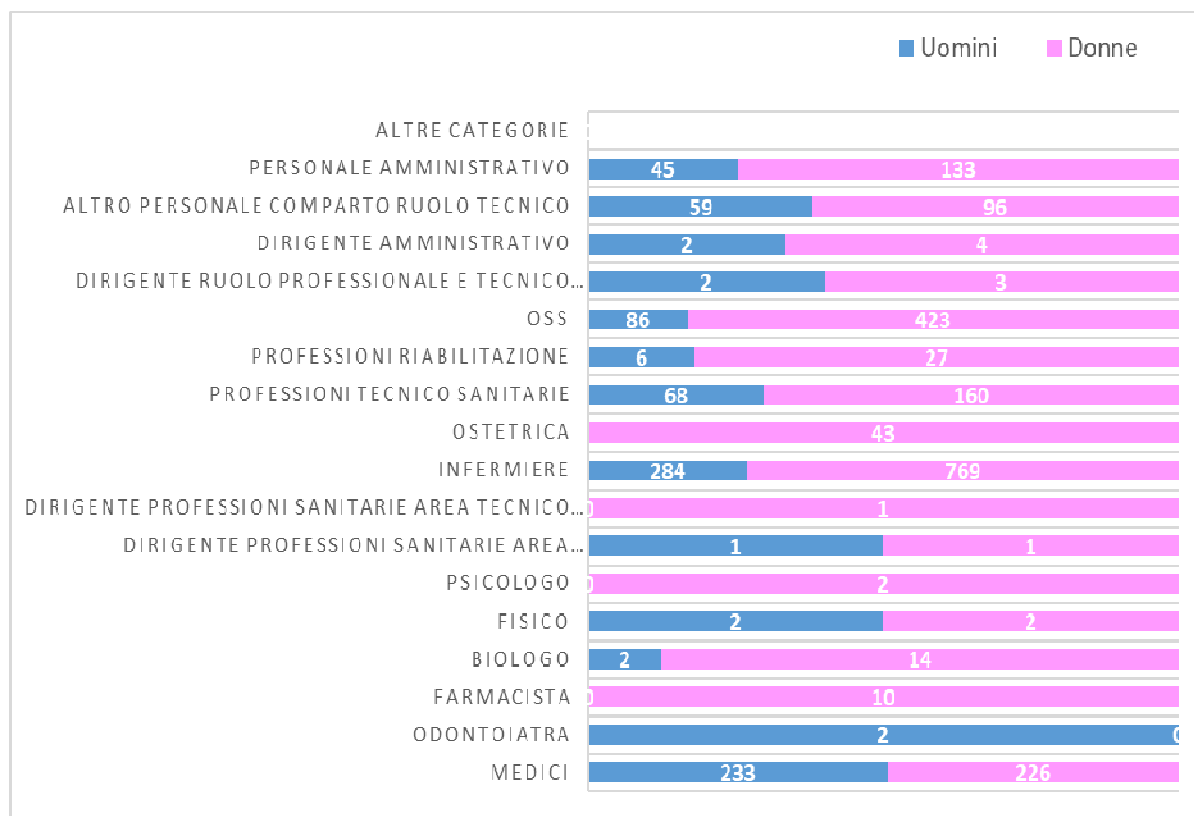


Tabella 2 - Personale Ospedaliero - Ripartizione personale per genere e figura professionale

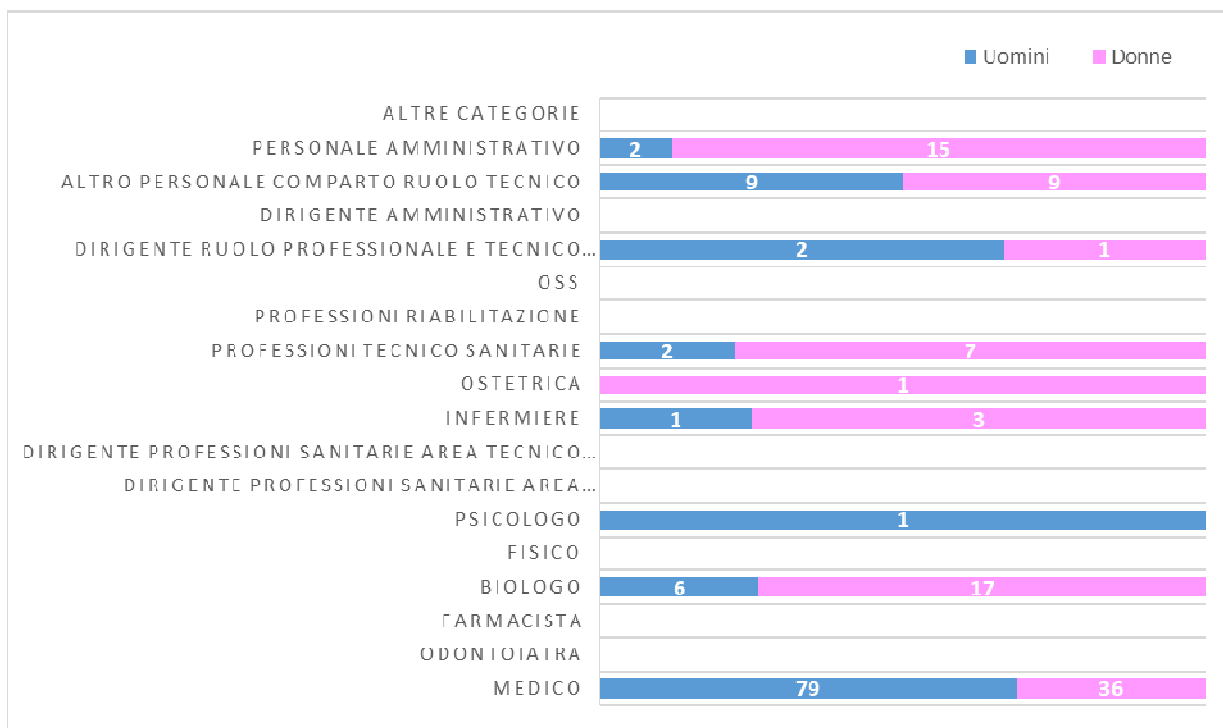


Tabella 3 - Personale universitario convenzionato - Ripartizione personale per genere e figura professionale

Il rapporto tra i generi appare tuttavia capovolto laddove si vadano ad esaminare i dati relativi alle posizioni apicali. Nella tabella 4 emerge con chiarezza che sia rispetto alla dirigenza di UOC che a quella di UOS/UOSA i medici occupano circa i due terzi delle posizioni apicali. Anche nella Tabella 5 relativa al personale universitario le posizioni apicali di dirigenza di UOC, UOS/UOSA e Programma sono attribuite in larga maggioranza al personale maschile.

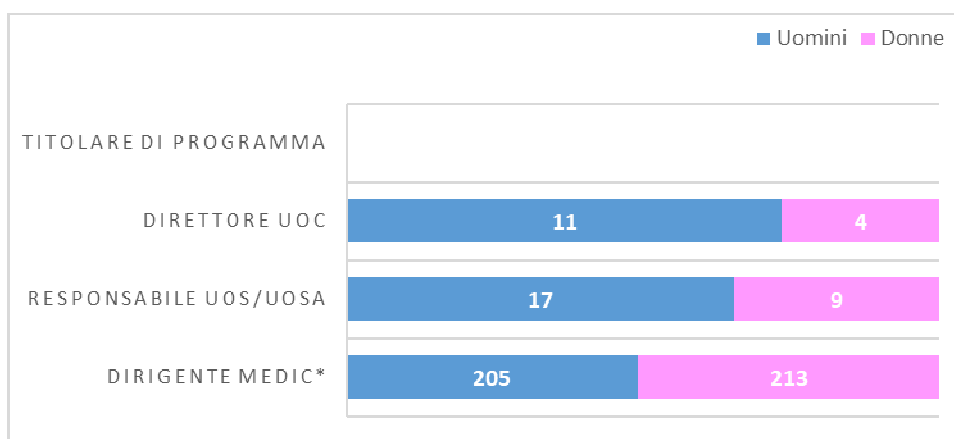


Tabella 4 - Personale Ospedaliero - Ripartizione del personale medico a tempo indeterminato per sesso e livello di inquadramento

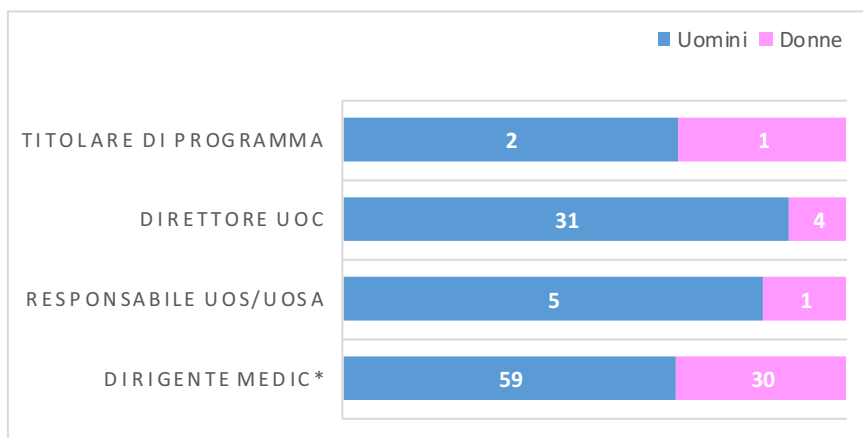


Tabella 5 - Personale Universitario convenzionato - Ripartizione del personale medico a tempo indeterminato per sesso e livello di inquadramento

Questa analisi non pare inficiata dalla rilevazione dei dati alla Tabella 6 che registra la presenza di un significativo numero di dirigenti donne, che tuttavia deriva dal fatto che il personale ospedaliero cui si fa riferimento è composto quasi esclusivamente da donne.

#### PERSONALE OSPEDALIERO

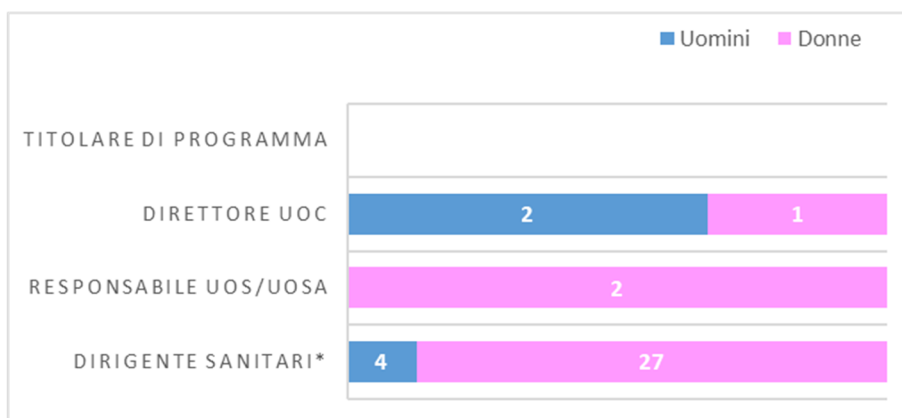


Tabella 6 - Ripartizione del personale dirigente sanitario non medico ospedaliero per sesso e livello di inquadramento

Appare interessante sottolineare che, nonostante il minor numero di uomini nel Personale Tecnico Amministrativo (PTA) (45 a fronte di 133 donne pari a 25,3% – tabella 2), questi rappresentano circa il 50% dei dirigenti di UOC (tabella 6).

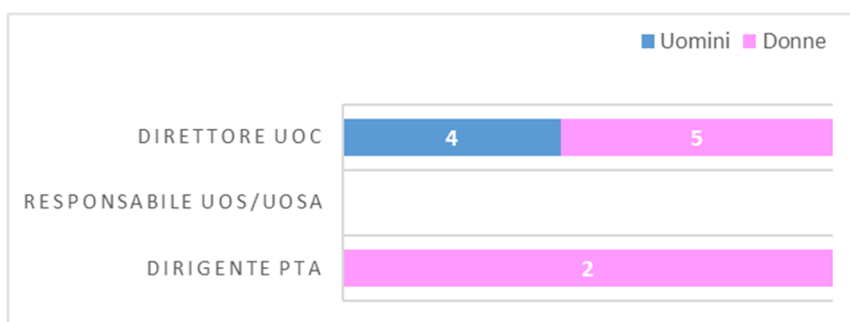


Tabella 7 - Ripartizione del personale dirigente PTA per sesso e livello di inquadramento

Risultano infine interessanti, in termini di perdurare di stereotipi di genere legati ai ruoli familiari e di cura, i dati in materia di contratti part-time e di fruizione di congedi (tabelle 8 e 9). Le donne rappresentano infatti più del 75% di coloro che lavorano part-time e usufruiscono di congedi parentali o per la L.104. Certamente ciò influisce anche in merito alle differenze salariali fra uomini e donne e potrebbe essere interessante valutare ed analizzare anche gli ambiti professionali e i sotto settori nei quali questi fenomeni si manifestano in maniera prevalente.

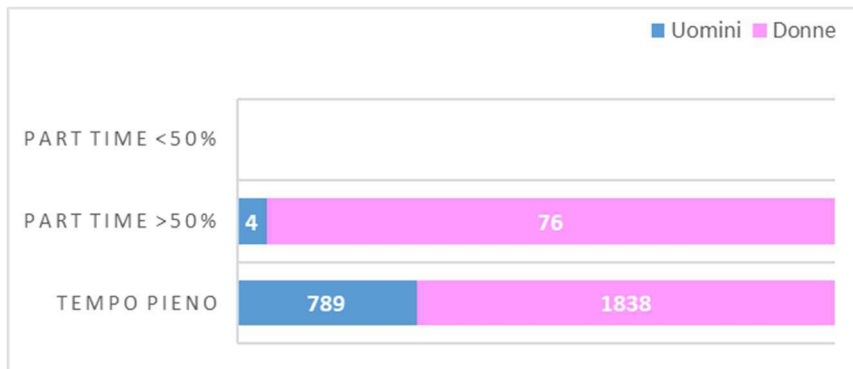


Tabella 8 - Genere e tipo di presenza lavorativa

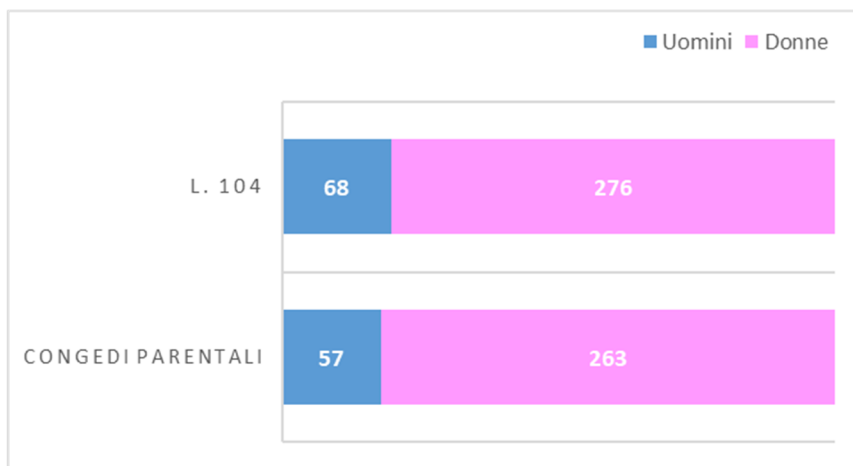


Tabella 9 - Fruizione congedi parentali e L. 104

## PERSONALE UNIVERSITARIO

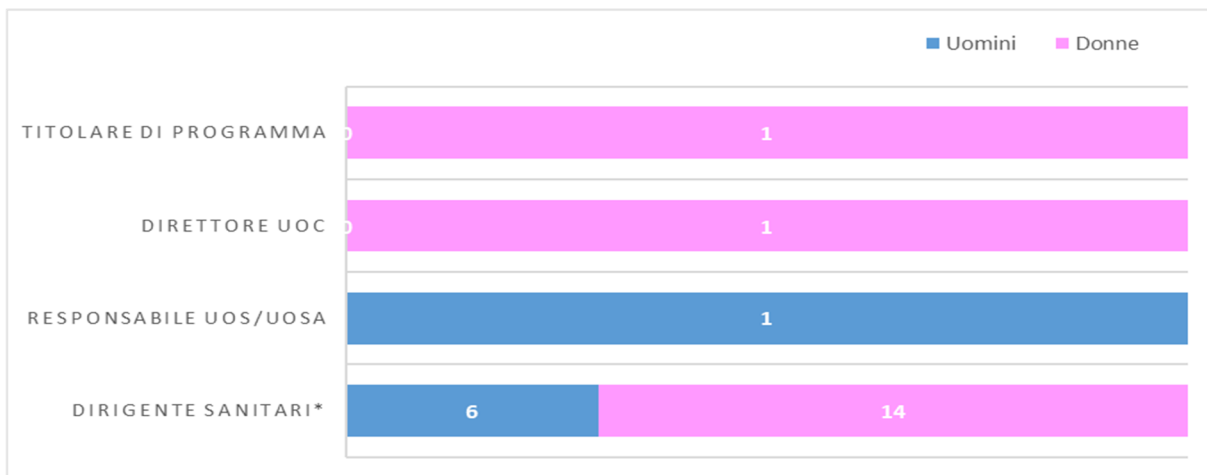


Tabella 10 - Ripartizione del personale dirigente sanitario non medico universitario per sesso e livello di inquadramento

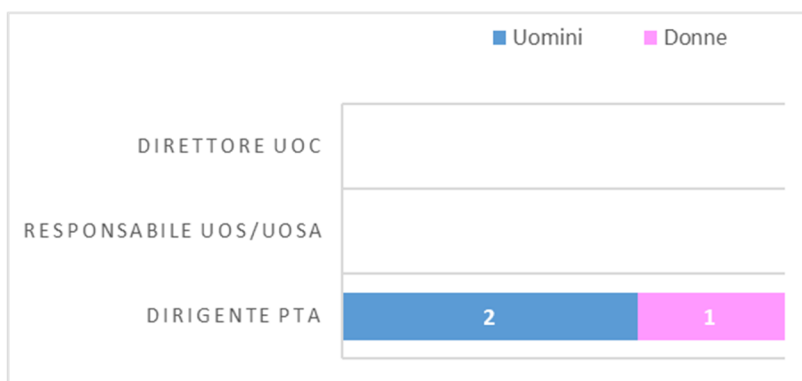


Tabella 11 - Ripartizione del personale dirigente PTA per sesso e livello di inquadramento

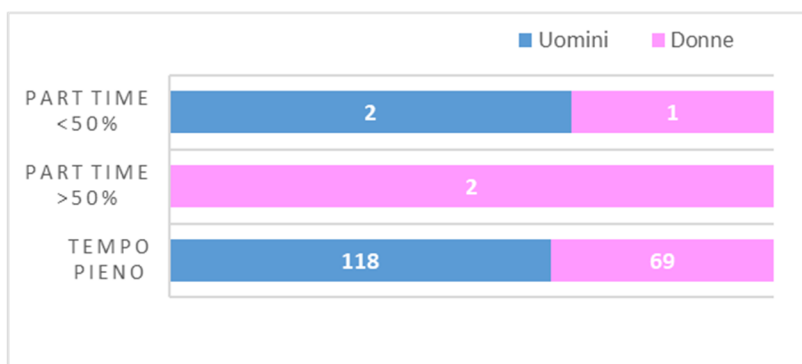


Tabella 12 - Genere e tipo di presenza lavorativa

### **3. OBIETTIVI GENERALI DEL PIANO**

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese nella definizione degli obiettivi generali alla base del Piano intende ispirarsi 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, contrasto a ogni forma di violenza e promozione della sicurezza negli ambienti di lavoro.

In questa prospettiva, gli obiettivi che l'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese si propone di perseguire nell'ambito del triennio sono delineati nei seguenti punti:

- a) Sviluppo di politiche per l'equità e contro le molestie e le discriminazioni, a tutela della dignità e della libertà delle lavoratrici e dei lavoratori;
- b) Promozione del benessere lavorativo organizzativo e individuale, azione di contrasto alle molestie nei luoghi di lavoro ed al mobbing
- c) Promozione della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro
- d) Promozione e sviluppo della cultura di genere e pari opportunità con particolare riferimento alla comunicazione ed alla formazione in relazione alle attività portate avanti dal Comitato Unico di Garanzia (CUG)
- e) Costituzione di un Nucleo di Ascolto Aziendale
- f) Impegno nella promozione della persona, valorizzazione delle risorse umane, accrescimento professionale dei dipendenti
- g) Rapporti tra la Direzione Aziendale e il Comitato Unico di Garanzia

#### **SVILUPPO DI POLITICHE PER L'EQUITÀ E CONTRO LE MOLESTIE E LE DISCRIMINAZIONI, A TUTELA DELLA DIGNITÀ E DELLA LIBERTÀ DELLE LAVORATRICI E DEI LAVORATORI**

La complessa articolazione di un'Azienda sanitaria coinvolge un numero consistente di lavoratrici e lavoratori che esprimono varie professionalità. Le problematiche relazionali in ambiente di lavoro e verso l'esterno hanno ricadute importanti sull'organizzazione e sulla vita delle persone. Pertanto, si rende necessaria la verifica e la riduzione dell'eventuale esistenza di discriminazioni, dirette e/o indirette, basate sull'età, l'orientamento sessuale e la disabilità.

#### **Azioni positive:**

- Stesura e adozione di un Codice di condotta nella lotta contro le molestie sessuali, morali, tutte le forme di discriminazioni ( omofobia e orientamenti sessuali), mobbing e successiva nomina di un Consigliere di Fiducia;

- Pubblicizzazione e diffusione del Codice di condotta presso le/i dipendenti , previa valutazione e definizione delle modalità più idonee, ferma restando la sua pubblicazione sul sito web aziendale.

#### **PROMOZIONE DEL BENESSERE LAVORATIVO ORGANIZZATIVO E INDIVIDUALE, AZIONE DI CONTRASTO ALLE MOLESTIE NEI LUOGHI DI LAVORO ED AL MOBBING**

Nell'ambito della promozione del benessere organizzativo e individuale è necessario porre particolare attenzione all'ascolto dei dipendenti, alle indagini sul benessere organizzativo come previsto dal D.Lgs. 150/2009, alla valutazione dello stress lavoro correlato come previsto dal D.Lgs 81/08 e s.m.i., al contrasto delle molestie nei luoghi di lavoro ed al mobbing, nonché alle tematiche relative al disagio lavorativo.

#### **Azioni positive:**

- Implementazione delle attività già svolte dal Punto di Ascolto aziendale dedicato al miglioramento del benessere organizzativo e all'indicazione delle eventuali misure di prevenzione da adottare per contrastare i fattori forieri di stress in ambito lavorativo, ed anche all'orientamento ed al supporto dei dipendenti per focalizzare la propria situazione e progettare possibili percorsi personalizzati;
- implementazione della conoscenza delle attività del Punto di ascolto presso il personale dell'AOUS;
- implementazione delle indagini finalizzate alla rilevazione del benessere organizzativo;
- applicazione del percorso relativo alla valutazione stress lavoro correlato (valutazione dei dati oggettivi e soggettivi di stress, livello di rischio, individuazione delle misure correttive, pianificazione del piano attuativo, rivalutazione per la verifica della efficacia delle misure attuate);
- predisposizione di interventi di sensibilizzazione, prevenzione e modalità di gestione dello stress lavoro correlato in collaborazione con i Servizi di Prevenzione e Protezione;
- informazione/formazione su tematiche relative al fenomeno del disagio lavorativo.

#### **PROMOZIONE DELLA CONCILIAZIONE TRA TEMPI DI VITA E TEMPI DI LAVORO**

La promozione della conciliazione tra i tempi di vita e tempi di lavoro richiede lo sviluppo di azioni in materia tese a implementare modalità di lavoro flessibili e servizi alla famiglia e alle persone.

#### **Azioni positive:**

- regolamentare, in coerenza con la normativa e con le disposizioni contrattuali in materia, la gestione delle modalità di lavoro in termini di flessibilità oraria, telelavoro, part-time, etc.;



- individuare percorsi di supporto al reinserimento del dipendente al rientro da congedi prolungati e malattie attraverso forme idonee di reinserimento e di recupero formativo, anche attraverso il coinvolgimento del Comitato Unico di Garanzia;
- sviluppare percorsi formativi volti a consentire l'acquisizione delle competenze legate ai nuovi contesti organizzativi;
- potenziare il servizio di asilo nido aziendale ed effettuare un'attività di monitoraggio delle attività allo scopo di adeguarle il più possibile alle esigenze del personale dipendente che usufruisce del servizio.

**PROMOZIONE E SVILUPPO DELLA CULTURA DI GENERE E PARI OPPORTUNITÀ CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA COMUNICAZIONE ED ALLA FORMAZIONE IN RELAZIONE ALLE ATTIVITÀ PORTATE AVANTI DAL COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG)**

Per promuovere la cultura di genere, contro ogni forma di discriminazione e per il benessere lavorativo, è necessario sviluppare una cultura di genere finalizzata non solo a ridurre le differenze legate al genere, ma anche ad ottenere un cambiamento nelle pratiche istituzionali, nei modelli organizzativi del lavoro e del tempo, in funzione di un cambiamento dell'intera società per renderla più inclusiva.

La rilevanza di tale attività promozionale è dimostrata dal fatto che essa rappresenta una delle priorità dell'Unione Europea sin dalla sua creazione, nonché uno dei principali obiettivi delle politiche della Commissione Europea, destinato a diventare una politica globale da applicare in ogni contesto.

Partendo da tali premesse è necessario che l'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese sia attenta alla promozione in stretta collaborazione con il CUG, di iniziative e progetti, rivolti a tutti i dipendenti. Tale organismo per raggiungere tali obiettivi ha la necessità di munirsi di strumenti di comunicazione per informare tutto il personale dipendente sulla propria attività, per mantenere un rapporto di prossimità e promuovere una cultura improntata al superamento delle discriminazioni e per il benessere lavorativo. A tal fine l'Azienda si impegna a favorire le condizioni necessarie, anche attraverso lo sviluppo delle seguenti azioni.

**Azioni positive:**

- pagina dedicata sul sito WEB aziendale, facilmente individuabile e accessibile ai cittadini; la pagina riporterà l'attività del CUG e consentirà contatti online;
- divulgazione degli eventi promossi dal CUG e sullo stato di attuazione dei progetti relativi al Piano delle Azioni Positive, attraverso il sito web aziendale, la intranet aziendale e le pagine social;
- pubblicazione di depliant in formato cartaceo e online sulle funzioni del CUG;
- organizzazione di seminari rivolti a professionisti e/o alla cittadinanza sulla medicina di genere in tutti i suoi aspetti, dalla ricerca all'applicazione clinica;

- organizzazione di incontri formativi sulla importanza degli aspetti relazionali che incidono sul benessere lavorativo;
- organizzazione di corsi di formazione interna/esterna per potenziare le capacità dei componenti del CUG nelle materie di competenza.

#### **COSTITUZIONE DEL NUCLEO DI ASCOLTO**

Al fine di potenziare le funzioni propositive e consultive del CUG, nonché sostenere un approccio di rete e di sistema sul tema del benessere organizzativo, si prevede la costituzione di un Nucleo di Ascolto aziendale, ai sensi della Direttiva n. 2/2019 – Dipartimento della Funzione Pubblica, composto da un Rappresentante del CUG, dal Consigliere di Fiducia e dai Responsabili dei servizi aziendali (o loro delegati) che, per mandato istituzionale, svolgono attività di prevenzione e promozione della salute organizzativa e del benessere psico-sociale dei professionisti. A questo proposito si prevede pertanto la partecipazione della UOC Servizio di Prevenzione e Protezione.

#### **Azioni positive:**

- Riconoscimento e gestione del disagio lavorativo lamentato;
- Individuazione dei fattori ambientali/organizzativi, comportamenti e relazioni da cui possa derivare uno stato di persistente malessere e stress lavoro correlato;
- Elaborazione assistita di eventuali strategie di comprensione e fronteggiamento della situazione problematica segnalata.

Il Nucleo di Ascolto aziendale rappresenta la sede per effettuare una sintesi delle tematiche attinenti alla salute organizzativa, estrapolate dalle attività Istituzionali svolte dai diversi componenti del Nucleo di Ascolto, e individuare possibili iniziative di sistema.

Il Nucleo di Ascolto può avvalersi della collaborazione e consulenza di altre figure o unità operative deputate alla tutela e alla promozione della salute degli operatori, quale, in particolare nello specifico caso, la Medicina del Lavoro.

#### **IMPEGNO NELLA PROMOZIONE DELLA PERSONA, VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE, ACCRESCIMENTO PROFESSIONALE DEI DIPENDENTI**

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese si impegna a promuovere e valorizzare il personale dipendente nonché ad accrescere la loro formazione professionale e le competenze specifiche come di seguito specificato:

#### **Azioni positive**

- Implementazione dell'utilizzo dei sistemi di videoconferenza e piattaforme e-learning: al fine di accrescere attraverso iniziative formative la cultura della parità e delle pari opportunità e del benessere organizzativo del personale, l'Azienda si propone di implementare percorsi formativi sulle dinamiche relazionali, e lo sviluppo di rapporti interpersonali collaborativi atti a favorire il benessere all'interno dei luoghi di lavoro e conciliazione delle esigenze lavorative e familiari come strumento di sviluppo economico e sociale all'interno dell'amministrazione medesima, ed ancora percorsi formativi su tematiche quali le strategie di comunicazione e di ascolto, di pari opportunità e contrasto alle discriminazioni e alle violenze di genere, il team working e le modalità di gestione dei gruppi di lavoro ed ancora, il miglioramento degli aspetti legati alla comunicazione del personale al contatto con l'utenza.
- Modalità di redazione del piano di formazione: si intende continuare a predisporre il piano generale di formazione partendo dall'analisi dei fabbisogni formativi tenendo conto anche dei risultati della valutazione delle performance individuali, oltre che dei piani di miglioramento. Ciò al fine di indirizzare la progettazione formativa verso piani e progetti in grado di rafforzare le conoscenze e le capacità individuali che maggiormente incidono sul conseguimento degli obiettivi organizzativi e strategici previsti dal Piano della performance.

#### **RAPPORTI TRA LA DIREZIONE AZIENDALE E IL COMITATO UNICO DI GARANZIA**

Il Comitato Unico di Garanzia, definito dal legislatore quale “Organismo di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni” esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica su temi riguardanti le politiche di conciliazione vita lavoro, il benessere lavorativo, interventi e progetti idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione, molestie sessuali, morali o psicologiche nei luoghi di lavoro, interventi e progetti atti a promuovere la parità di trattamento e di opportunità tra donne e uomini e di verifica su esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo, formazione del personale e sviluppo delle carriere, riorganizzazione dei servizi nell'ambito delle materie di propria competenza, progetti per servizi alla famiglia e alla persona a favore dei dipendenti, promozione della cultura di genere e contro le discriminazioni.

#### **Azione**

- Definire modalità di relazione tra la Direzione aziendale e il Comitato Unico di Garanzia per consentire lo svolgimento dei compiti attribuiti a quest'ultimo relativamente alle materie di competenza, nel rispetto dei tempi necessari per esprimere le proprie considerazioni e proposte compatibilmente con le esigenze aziendali.

#### **4. BILANCIO DI GENERE**

In stretta relazione con la normativa vigente in materia di bilancio di genere, la finalità strategica è quella di accrescere la conoscenza e la sensibilizzazione del personale in materia di differenze di genere, attraverso una riclassificazione del bilancio di genere secondo criteri che permettano di aggregare le voci di bilancio in tematiche di rilevanza di genere.

#### **Azioni positive**

- Aree direttamente inerenti il genere (attività e risorse rivolte alle pari opportunità)
  
- Aree indirettamente inerenti il genere (attività destinate ad avere un impatto sulle differenze di genere, come per esempio i finanziamenti destinati ai servizi per l'infanzia, sicurezza, formazione). L'Azienda continuerà a favorire la partecipazione ad attività di sensibilizzazione/formative sull'argomento.

#### **5. SOGGETTI E UFFICI COINVOLTI**

Le Strutture generali impegnate e/o coinvolte nella realizzazione delle azioni positive sono individuate di volta in volta secondo la materia di riferimento.

#### **6. STRUMENTI E ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO**

L'Azienda verificherà l'attuazione delle azioni sopra indicate in collaborazione con il CUG e proporrà misure idonee a garantire il rispetto dei principi fissati dalla legislazione vigente.

**Allegato 2) al PIAO 2023-2025 - Obiettivi generali/specifici - risultati attesi e monitoraggio**

n°	OBIETTIVI GENERALI	OBIETTIVI SPECIFICI	INDICATORI	Descrizione	Valore 2022	Target 2023	Target 2024	Traget 2025
1	<b>Innovazione organizzativa finalizzata al miglioramento dei percorsi di cura</b>	Programmazione, gestione e monitoraggio dei percorsi ambulatoriali e chirurgici	Rispetto dei tempi di attesa per prime visite oggetto di monitoraggio regionale	Prenotazione entro i tempi di attesa regionali delle prime visite oggetto di monitoraggio regionale (prescrizioni prenotate entro i tempi di attesa secondo la priorità indicata / totale prescrizioni prenotate)	88%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
			Rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici per tumore maligno oggetto di monitoraggio regionale	Erogazione dell'interventi entro il tempo massimo di attesa previsto dalla classe di priorità (interventi eseguiti entro soglia / totale interventi eseguiti)	86%	≥ 90%	≥ 90%	≥ 90%
			Potenziamento dell'attività di chirurgia robotica	Incremento dei volumi di attività in linea con le indicazioni regionali (interventi di chirurgia robotica eseguiti)	352 (dati provvisori 2022)	350-400	350-400	350-400
			Ottimizzazione del governo dell'attività chirurgica in elezione	Raggiungimento dei volumi di attività chirurgica in elezione pari ad almeno i valori dell'anno 2019 (interventi di chirurgia in elezione eseguiti)	12.371 (dati provvisori 2022)	> 13.000	> 13.000	> 13.000
			Miglioramento continuo della qualità dell'assistenza ospedaliera in termini di organizzazione e tempo di risposta al bisogno di assistenza dei pazienti con frattura di femore	Pecentuale di fratture del collo del femore operate entro due giorni (interventi per frattura del collo del femore eseguiti con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento ≤2 gg / totale interventi per frattura del collo del femore eseguiti)	60,2% (dati provvisori)	> 80 %	> 80 %	> 80 %
		Consolidamento e sviluppo delle attività e dei percorsi nell'ambito dei programmi	Attuazione dei documenti programmatici dei programmi di trapianto AOUS	Monitoraggio dello stato di attuazione dei piani di sviluppo operativo definiti nei programmi	Indicatore non attivo	Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio

2		di trapianto	Consolidamento e sviluppo dell'attività trapiantologica	Incremento annuale dei volumi dell'attività trapiantologica (interventi di trapianto eseguiti)	96 (dati provvisori 2022)	Incremento	Incremento	Incremento
		Razionalizzazione della struttura organizzativa e progetti di riorganizzazione	Miglioramento continuo dei percorsi di presa in carico dei pazienti in PS	Percentuale di abbandoni da PS (accessi in PS che si concludono con l'abbandono del percorso prima della visita o durante ci accertamenti / totale accessi in PS)	2,05% (dati provvisori)	< 2 %	< 2 %	< 2 %
				Percentuale di accessi in PS presi in carico entro le soglie regionali	84 % (dati provvisori)	≤ 90 %	≤ 90 %	≤ 90 %
	Valorizzazione delle risorse umane	Promozione del benessere organizzativo attraverso la sistematizzazione dei processi di programmazione, gestione, valutazione e sviluppo delle risorse umane	Continuità dell'applicazione delle procedure di programmazione dei processi di reclutamento	Monitoraggio dell'andamento delle assunzioni nel rispetto della programmazione effettuata	Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio
			Processo partecipato di analisi dei risultati delle indagini di clima organizzativo	Monitoraggio della partecipazione delle organizzazioni sindacali alla fase di analisi e valutazione dei risultati delle indagini di clima organizzativo (realizzazione di incontri congiunti con le organizzazioni sindacali)	Indicatore non attivo	Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio
			Promozione delle opportunità di scambio di pratiche e sinergie inter-aziendali in termini di formazione e sviluppo professionale	Incremento annuale del numero di eventi condivisi e aperti all'esterno	13	≥ 20%	≥ 20%	≥ 20%
			Sviluppo della cultura di genere nell'organizzazione con riferimento alle linee di indirizzo del Gender Equality Plan (GEP) aziendale	Organizzazione di eventi formativi/informativi sui temi del gender equality, delle pari opportunità, della non discriminazione e della medicina di genere	2	≥ 1	≥ 1	≥ 1

3	<b>Comunicazione e informazione</b>	Comunicazione e informazione: dalla multicanalità ai social network per fare rete. Dalla comunicazione verso il cittadino alla comunicazione con il cittadino	Potenziamento attività di informazione e comunicazione interna, esterna, web, social e crossmediale	Miglioramento servizi e potenziamento conoscenze e partecipazione cittadini e stakeholders; promozione integrazione tra le attività di didattica, ricerca e assistenza; potenziamento nuovo sito web (redazione e realizzazione Piani di Comunicazione Aziendali annuali)	Piano di comunicazione aziendale 2022	Realizzazione secondo programmazione			
4	<b>Accessibilità digitale</b>	Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi e dei servizi	Sviluppo del sito web	Incremento delle funzionalità del sito web	30%	50%	80%	100%	
			Dematerializzazione grazie allo sviluppo di piattaforme interne	Migrazione documentale e innovazione di processo grazie allo sviluppo di piattaforme ad hoc	20%	40%	70%	100%	
			Gestione Documentale	Adozione di suite di strumenti idonei alla continuità operativa e al Knowledge Management	0%	30%	60%	100%	
			Cup Accettatore di secondo livello	Sostituzione del vecchio cup locale con quello regionale e sviluppo di servizi annessi	0%	50%	80%	100%	
			Diffusione sistemi di accoglienza della Regione Toscana	Ampliamento del parco totem e sistemi informativi per l'utenza e adozione della self-accettazione come da strategia regionale	20%	40%	70%	100%	

		Incremento dei servizi digitali	Omogeneizzazione informatica del software di laboratorio	Unificazione dei laboratori tramite l'adozione di un unico software che permetta anche di interoperare con il territorio	60%	75%	90%	100%
			Implementazione funzionalità gara regionale ris-pacs	Deploy dei vari lotti previsti dalla gara regionale di interoperabilità del RIS-PACS	20%	40%	70%	100%
			Sondaggi on-line e Pagella PA	Potenziamento della piattaforma di sondaggi on-line e implementazione di ulteriori strumenti di feedback dell'utenza	30%	60%	90%	100%
5	Accessibilità fisica e sostegno ai soggetti fragili	Rifacimento percorsi di orientamento generale e della segnaletica ascensori all'interno del Presidio comprensivo di rinnovo della segnaletica a pellicola orizzontale	Completamento lavori entro dicembre 2025	Mappatura della segnaletica da sostituire e successivo progetto con le ditte aggiudicatarie per la segnaletica interna ed esterna; monitoraggio	indicatore non attivo	50%	75%	100%
		Rifacimento segnaletica posti auto dedicati a ciclo cure, dializzati, ATL, disabili e a tempo.	Completamento lavori entro dicembre 2025	Mappatura della segnaletica da sostituire e successivo progetto con le ditte aggiudicatarie per la segnaletica interna ed esterna; monitoraggio	indicatore non attivo	50%	75%	100%



		Garantire equità di accesso alle cure e fruizione dei servizi sanitari alle persone con bisogni speciali, rispondendo in modo personalizzato (progetto PASS)	Consolidamento progetto PASS	Presenza in carico di tutte le richieste pervenute da piattaforma regionale PASS	100%	100%	100%	100%
		Sviluppo del progetto LETISmart per agevolare l'orientamento degli utenti con disabilità o disfunzioni visive all'interno dell'ospedale	Esecuzione degli interventi propedeutici alla realizzazione del progetto (predisposizione dei percorsi guidati lungo le direttrici di maggiore interesse)	Monitoraggio delle fasi di avanzamento degli interventi	Valutazione propedeutiche all'avvio del progetto	Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio
6	<b>L'empowerment dei pazienti e la co-produzione dei servizi</b>	Coinvolgimento dei pazienti e volontariato nei percorsi di cura e nei processi di governo dell'AOUS	Attuazione del progetto aziendale "Coinvolgimento dei pazienti e del volontariato nei percorsi di cura: creare insieme valore in AOUS. Triennio 2023-2025"	Monitoraggio dello stato di realizzazione delle iniziative inserite nel progetto e aggiornamento annuale	Indicatore non attivo	Monitoraggio / aggiornamento	Monitoraggio / aggiornamento	Monitoraggio / aggiornamento
			Consolidamento dell'attenzione ai temi del coinvolgimento e della co-produzione dei servizi in azienda	Sviluppo continuo del progetto aziendale (numero delle iniziative inserite nel progetto)	24	≥ 30	≥ 30	≥ 30
			Promozione e sostenibilità dei processi di coinvolgimento in azienda	Realizzazione della "Giornata dedicata al coinvolgimento in AOUS"	Indicatore non attivo	Realizzazione evento annuale	Realizzazione evento annuale	Realizzazione evento annuale
			Attenzione alla soddisfazione dell'utenza per il miglioramento continuo dei servizi	Monitoraggio dei reclami e valutazione dei correttivi da adottare per superare le criticità segnalate dall'utenza	Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio

7	<b>Governo organico dei processi di ristrutturazione e ammodernamento dell'ospedale</b>	Piano di riordino e sviluppo degli interventi (Master Plan)	Formalizzazione del quadro di insieme degli interventi da realizzare per il nuovo assetto funzionale, sanitario e logistico dell'ospedale	Approvazione del Master Plan	Redazione	Approvazione		
			Realizzazione di opere e di interventi con valore strategico per l'ospedale del futuro (trasferimento della galenica, avvio lavori lotto volano, avvio lavori magazzino)	Monitoraggio dei cronogrammi previsti per la realizzazione delle opere e degli interventi e rendicontazione annuale	Approvazione progetto di fattibilità tecnico-economica lotto volano e magazzino, sottoscrizione Protocollo d'intesa inter-istituzionale, affidamento lavori trasferimento galenica	Monitoraggio / rendicontazione	Monitoraggio / rendicontazione	Monitoraggio / rendicontazione
8	<b>Riduzione dell'impronta ambientale dell'AOUS e risparmio energetico</b>	Attuazione del partenariato pubblico-privato per l'efficientamento energetico dell'ospedale (convenzione MIECI)	Realizzazione delle opere di riqualificazione energetica e adeguamento impiantistico	Monitoraggio dei cronogrammi previsti per l'attuazione degli investimenti	Indicatore non attivo	Completamento lavori previsti da PPP entro 06/2024		Monitoraggio opere realizzate
			Efficientamento energetico	Riduzione del consumo di energia primaria realizzato rispetto al fabbisogno di AOUS (baseline 2019)	Indicatore non attivo	23.897.420 kWh		Monitoraggio mantenimento consumi energia primaria
			Sostenibilità ambientale	Riduzione delle emissioni di CO2 in atmosfera realizzata	Indicatore non attivo	4.680 ton		Monitoraggio mantenimento riduzione emissioni
		Favorire l'uso del trasporto pubblico, disincentivare l'uso dell'auto privata e favorire la mobilità ciclabile e/o la micromobilità	Attuazione del Piano degli spostamenti casa-lavoro (PSCL) - anno 2022-2026	Monitoraggio dei cronogrammi previsti per la realizzazione del Piano	Indicatore non attivo	Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio
			Realizzazione di iniziative formative per guidare in modalità ecosostenibile	Inserimento corsi nel Piano Annuale della Formazione	Indicatore non attivo	Realizzazione secondo programmazione		

		Rinnovo del parco auto	Realizzazione di azioni finalizzate al rinnovo del parco auto con veicoli elettrici e ibridi	Monitoraggio dei cronoprogrammi previsti per il rinnovo del parco auto	Indicatore non attivo	Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio
9	<b>Consolidamento della rete di offerta sanitaria e assistenziale integrata di Area Vasta</b>	Processo di programmazione integrata tra AOU Senese e Azienda USL Toscana Sud Est: il piano 2023-2025	Formalizzazione delle strategie e dei livelli di programmazione congiunta di Area Vasta Sud Est per il triennio 2023- 2025	Adozione del documento di programmazione integrata di Area Vasta Sud Est 2023- 2025	Indicatore non attivo	Adozione		
			Attuazione e sviluppo delle strategie di Area Vasta in termini di realizzazione delle progettualità inter-aziendali già individuate e definizione di nuove	Monitoraggio dello stato di realizzazione delle iniziative inter-aziendali inserite nel documento di programmazione e aggiornamento annuale delle strategie	Indicatore non attivo	Monitoraggio / aggiornamento	Monitoraggio / aggiornamento	Monitoraggio / aggiornamento



## Azienda ospedaliero-universitaria Senese



### PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA

**2023-2025**

Redatto ai sensi della Legge n°190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione, Del DLGS 33/2013, e del DLGS 97/2016 e s.m.i ed Integrato all’interno del “Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025”, sezione “Rischi corruttivi e Trasparenza” come previsto dalla normativa vigente.

**A cura del**  
**Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza**  
Prof.ssa Anna Coluccia  
e  
**dell'Ufficio del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza**  
Dott. Tommaso Buracchi  
Dott.ssa Lore Lorenzi



**Legenda Abbreviazioni**

- A.N.A.C. (ex CIVIT) Autorità Nazionale Anticorruzione
- AGENAS Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
- AOUS Azienda Ospedaliera Universitaria Senese
- C.C.A. Codice di Comportamento Aziendale
- C.C.D.P. Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62)
- C.E. Comitato Etico
- CDP Comitato di partecipazione
- CUG Comitato unico di Garanzia e per le pari opportunità
- UOC IOSO Igiene e Organizzazione Servizi Ospedalieri
- O.I.V. Organismo Indipendente di Valutazione
- P.N.A. Piano Nazionale Anticorruzione
- P.T.P. Piano Triennale della Performance
- P.T.P.C.T. Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e trasparenza
- R.P.C.T. Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
- S.S.N. Servizio Sanitario Nazionale
- SNA Scuola Nazionale Amministrazione
- U.O. Unità Operative
- U.P.D. Ufficio per i Procedimenti Disciplinari
- U.R.P. Ufficio Relazioni con il Pubblico

# **INDICE**

## **1. PARTE GENERALE**

Obiettivi della direzione aziendale  
Ambito di applicazione del PTPCT  
IL PTPCT e i livelli organizzativi Aziendali  
Soggetti della Prevenzione della Corruzione e trasparenza

## **2. L'ANALISI DEL CONTESTO**

L'AOUS (Santa Maria alle Scotte): contesto esterno  
L'AOUS (Santa Maria alle Scotte): contesto interno  
Il Centro di Ascolto  
Il ruolo dei Comitati di Partecipazione

## **3. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

Il modello di gestione del rischio  
Mappatura dei processi: un nuovo percorso condiviso

## **4. IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO**

## **5. LE MISURE GENERALI: ELEMENTI ESSENZIALI**

Codice di comportamento AOUS  
Il conflitto di interessi  
Inconferibilità ed incompatibilità di Incarichi  
Incarichi extraistituzionali  
Il pantouflage  
Formazione  
Rotazione ordinaria e straordinaria del personale  
Procedura per la segnalazione delle condotte illecite e la Tutela del segnalante (c.d. Whistleblowing)  
Acquisti: ruolo di ESTAR e AOUS  
Acquisti sotto i 40.000€

## **6. LA TRASPARENZA**

Obblighi di Pubblicazione  
Obiettivi di Trasparenza 2023-2025

## **7. MONITORAGGIO E RIESAME**

Indagine sul benessere organizzativo  
Indagini sulla qualità percepita – soddisfazione utenza

## **8. ATTIVITA' SVOLTE NEL 2022 IN TEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

## **9. ATTIVITA' PREVISTE PER IL TRIENNIO 2023-2025**

## **1. PARTE GENERALE**

L'AOUS ha fatto proprie le finalità di prevenzione della corruzione, perché essenziali al perseguimento della *mission* aziendale e delle proprie funzioni istituzionali.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) è il documento di Programma adottato dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, in attuazione della L. 190 del 6 novembre 2012 e s.m.i recante le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione" e delle successive norme e indirizzi in materia di contrasto alla corruzione, emanati dall'autorità nazionale Anticorruzione (ANAC).

Il Piano non può essere visto come un'attività compiuta, con un termine di completamento finale, ma va inteso come un insieme di azioni e strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono via via affinati, modificati o sostituiti in relazione alla risposta ottenuta dalla loro applicazione, dai mutamenti dell'ambiente interno ed esterno e dalle indicazioni contenute nei PNA e nelle linee guida di ANAC.

### **Obiettivi della direzione aziendale**

La Direzione Aziendale stabilisce gli obiettivi che orientano il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2023-2025:

- Contrastare e prevenire potenziali situazioni di Conflitto di interessi all'Interno dell'AOUS specie per quanto riguarda la partecipazione a collegi tecnici, commissioni di gara e formazione sponsorizzata (monitoraggio costante del conflitto di interessi), oltre a garantire la continua formazione e l'aggiornamento professionale dei professionisti coinvolti. In tale ottica, particolare rilevanza è data al nuovo Codice Farmaindustria che fissa il tetto massimo (2) di inviti annuali ad eventi sponsorizzati.
- Valorizzare la Trasparenza quale strumento cardine per prevenire i fenomeni corruttivi e attuare le misure derivanti da DLGS 97/2016 ove la trasparenza è intesa come "accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dall' AOUS allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, e promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa". (Accesso civico generalizzato).
- Far crescere nell'organizzazione l'attenzione verso il rispetto delle regole contenute nel codice di comportamento e nel codice disciplinare
- Completare la ricognizione e la Mappatura delle Aree di rischio, per quanto attiene il settore dei procedimenti Amministrativi. Nel corso dei primi mesi del 2023, sarà completata la ricognizione delle seguenti aree amministrative:
  - Area A: acquisizione e progressione del personale
  - Area B: affidamento di lavori, servizi e forniture
  - Area C: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
  - Area D: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- Garantire il contrasto alla corruzione attraverso la formazione, strutturando un piano organico e appropriato ai diversi livelli di fabbisogno.
- Monitorare ed implementare sia la Rotazione Ordinaria del personale e dei Dirigenti, in linea con la normativa vigente, che la Rotazione straordinaria, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi.
- Monitorare i possibili conflitti di interessi in relazione ad incarichi extraistituzionali ed ai divieti post-employment (*pantouflage*) attraverso la sottoscrizione del professionista che cessa il servizio di apposito modulo di incarichi contrastanti con l'interesse istituzionale aziendali. (Modulo Pantouflage).

- Favorire la partecipazione a tavoli regionali e nazionali in tema di contrasto alla corruzione (Es. Coordinamento Regionale dei RPCT)
- Analizzare e rilevare i potenziali rischi di eventi e situazioni corruttivi, all'interno dei processi gestionali, amministrativi e sanitari dell'AOUS, con l'obiettivo di prevenire comportamenti e atti corruttivi.
- Garantire l'espletamento del ruolo e delle funzioni del RPCT secondo quanto stabilito dai PNA per quanto riguarda i reali poteri di interlocuzione e controllo e il necessario supporto conoscitivo e operativo. L'AOUS dovrà garantire una formazione specifica e adeguata al pieno svolgimento delle funzioni del RPCT e dell'Ufficio del RPCT.
- Garantire la Partecipazione dei cittadini alle forme di contrasto contro la corruzione attraverso un sistema strutturato di relazioni al fine di garantire una informazione nel rispetto dei principi della Trasparenza.
- Monitorare ed aggiornare costantemente il Codice di Comportamento dei dipendenti AOUS.
- Adottare il Regolamento sulla gestione del conflitto di interessi, redatto in collaborazione con il Coordinamento Regionale dei RPCT.

### **Ambito di applicazione del PTPCT**

Il PTPCT si applica a:

1. tutti i dipendenti dell'Azienda appartenenti all'area del comparto e alle aree della dirigenza sanitaria e dirigenza tecnico-amministrativa con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, anche in posizione di comando o assimilata;
2. personale universitario in afferenza assistenziale (sia in regime di diritto pubblico, sia contrattualizzato) nello svolgimento delle attività inerenti l'assistenza sanitaria, stante l'inserimento nell'organizzazione aziendale, fermo restando il loro stato giuridico;
3. coloro che, direttamente o indirettamente, stabilmente o temporaneamente, instaurano rapporti o relazioni con l'Azienda e operano per perseguirne gli obiettivi, quali collaboratori, consulenti, tirocinanti, specializzandi e frequentatori con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, nonché collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi, o che realizzano opere in favore dell'Azienda, per quanto compatibile.

### **IL PTPCT e i livelli organizzativi Aziendali**

Il Piano Triennale di Prevenzione della corruzione 2023-2025 dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese dovrà essere uno strumento dinamico, basato e collegato con la revisione organizzativa in corso.

A tal proposito è necessario precisare che il PTPCT 2023-2025 si applica al nuovo contesto organizzativo così come delineato dai profondi processi di trasformazione che sono stati progettati e realizzati a partire dal 2012 fino allo stato attuale.

Nel 2019 è stato adottato il Nuovo Statuto Aziendale, che ha formalizzato la nuova organizzazione dipartimentale dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese. In base al nuovo statuto dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese, realizzato e condiviso congiuntamente da Aou Senese e Università di Siena e approvato dalla Regione Toscana, i DAI passano da 8 a 10 e sono:

- Cardio-Toraco-Vascolare,
- Innovazione, Sperimentazione e Ricerca Clinica e Traslazionale
- Scienze Chirurgiche
- Emergenza-Urgenza e Trapianti
- Scienze Radiologiche
- Scienze Mediche
- Scienze neurologiche e motorie
- Oncologico
- Salute Mentale ed Organi di Senso
- Dipartimento della Donna e dei Bambini



Completano l'organizzazione aziendale l'area delle Professioni Sanitarie e quella Tecnico – Amministrativa. Gli organi e i soggetti che intervengono nel processo di prevenzione della corruzione, interagiscono in base alla chiara definizione dei rispettivi ruoli e funzioni operative.

Il vertice aziendale è responsabile di assicurare una chiara definizione degli obiettivi di prevenzione, opportunamente raccordati con quelli stabiliti nel piano di performance, di sostenere e supportare il ruolo del RPCT garantendogli la possibilità di interlocuzione con tutti i livelli aziendali nel pieno rispetto della terzietà che deve contraddistinguere tale figura.

Il vertice aziendale, insieme al RPCT, cura le relazioni con gli stakeholders che possono intervenire nel contrasto alla corruzione.

Il RPCT deve sovrintendere alle strategie di contrasto alla corruzione, rapportarsi con tutti gli altri soggetti coinvolti, in particolare i dirigenti e PO, il responsabile dell'UPD, i diretti collaboratori, i dipendenti.

Tutti i dipendenti devono osservare le misure del piano anticorruzione, opportunamente divulgate, e dei regolamenti aziendali che concorrono in tal senso, partecipare attivamente al processo di gestione del rischio collaborando con il RPCT, segnalare le situazioni di illecito o *maladministration*, improntare il loro comportamento ai principi etici che sono alla base della tutela e del rispetto del SSN e dell'AOUS. Le relazioni si avvalgono di strumenti formali quali gli audit i *focus group*, le riunioni opportunamente programmate, ma anche della possibilità di contatti estemporanei al rivelarsi di una necessità, ricorrendo ai mezzi, anche informatici, messi a disposizione dall'Ente

Opportuno a tal proposito dotare la rete dei dirigenti e dei referenti di canali privilegiati di comunicazione verso il RPCT e viceversa.

## **Soggetti della Prevenzione della Corruzione e trasparenza**

Secondo le norme richiamate a riferimento del presente Piano Triennale di Prevenzione della corruzione, sono molteplici gli attori che, con ruoli e responsabilità diversi, intervengono nell'intero processo di contrasto alla corruzione ed alla mala-administration:

### **L'Organo di indirizzo**

Gli organi di indirizzo nelle amministrazioni e negli enti dispongono di competenze rilevanti nel processo di individuazione delle misure di prevenzione della corruzione ossia la nomina del RPC e l'adozione del PTPCT

L'evoluzione normativa ha portato quindi ad una crescente responsabilizzazione degli organi direttivi delle aziende sanitarie. In particolare la Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016" sottolinea, a fronte dei riscontri effettuati circa l'applicazione delle normative e la loro effettiva efficacia, come il vertice aziendale debba essere chiamato in causa principalmente nella individuazione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione

Ad essi spetta anche la decisione in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPC funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività.

Inoltre, gli organi di indirizzo ricevono la relazione annuale del RPC, possono chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività, e ricevono dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate, inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza.

In continuità con i precedenti PNA l'organo d'indirizzo:

Designa il responsabile, della Prevenzione della Corruzione disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività

Individua gli obiettivi strategici, organizzativi, e individuali in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione

Adotta il PTPCT e i suoi aggiornamenti.

Adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Può essere sentito dall'Autorità, in merito al suo coinvolgimento strategico

L'elaborazione del PTPCT presuppone dunque il diretto coinvolgimento del vertice dell' Azienda in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione, aspetto che è elemento essenziale e irrinunciabile del Piano stesso, e dei documenti di programmazione strategica. Gli obiettivi strategici individuati dall'Organo di indirizzo dell'AOUS sono riportati in Premessa e nella Tab 1 che definisce indicatori e tempi di realizzazione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

La figura del RPCT è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016.

La nuova disciplina ha posto in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e ne ha rafforzato il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico, con autonomia ed effettività, eventualmente se necessarie anche con modifiche organizzative.

Il ruolo e le funzioni del RPCT in un'organizzazione sanitaria non possono prescindere, dalle funzioni strategiche di pianificazione, di vigilanza, di monitoraggio e di controllo proprie dell'organizzazione stessa e devono essere integrate ed interconnesse con esse.

Già la Determinazione 12/2015 aveva sottolineato come nel contesto sanitario "il profilo del professionista al quale attribuire l'incarico di RPC è opportuno abbia specifiche competenze in tema di conoscenza dell'organizzazione e gestione della struttura sanitaria, dei processi e delle relazioni in essa esistenti». L'aspetto più rilevante introdotto dal nuovo PNA 2016, e confermato nei successivi Aggiornamenti, e riferito alla figura del RPCT è dato dalla chiarificazione del profilo di competenza e del settore di afferenza.

Nella definizione del profilo del RPCT è necessario tenere conto degli aspetti che connotano la funzione che deve esercitare tale figura, che possono essere ricompresi prevalentemente in due ambiti: "preventivo" e di "vigilanza".

In riferimento al primo ambito, il RPCT è chiamato ad elaborare il PTPCT che costituisce l'espressione delle conoscenze specifiche e contingenti in possesso del RPCT e della sua capacità di utilizzare esperienze e competenze presenti all'interno e all'esterno della struttura in cui opera.

In merito al secondo aspetto, quello della vigilanza, il RPCT è chiamato a vigilare sul rispetto di quanto previsto dal Piano, ed elaborare nuove misure e strategie preventive e a segnalare criticità, e/o specifici fatti corruttivi o di cattiva gestione.

ANAC tenendo ben presenti le caratteristiche funzionali e organizzative del SSN indica i requisiti che dovrebbero caratterizzare il profilo del RPC ovvero:

- Conoscenza dell'organizzazione sanitaria (ospedaliera/territoriale) e dei diversi processi che costituiscono gli elementi fondamentali per la produzione di servizi sanitari
- Conoscenza dei processi amministrativi e gestionali
- Capacità di valutare il contesto in cui opera un'azienda sanitaria, e gli snodi importanti di funzionamento della macchina assistenziale ed amministrativa, sulla base anche della conoscenza intersettoriale dell'azienda sanitaria e della rete di relazioni interne ed esterne della stessa, in ambito locale, regionale ed extra regionale
- Conoscenza degli strumenti di programmazione aziendale e del sistema di valutazione delle performance per le necessarie interconnessioni tra questi e il PTPCT.

La stessa norma fissa poi i criteri di esclusione dalla possibilità di nomina a RPCT, stabilendo che non possono essere nominati tali:

- Direttore generale
- Dirigente (sia di area sanitaria che amministrativa) di struttura semplice
- Dirigente responsabile del settore gare e appalti
- Dirigente responsabile dell'ufficio procedimenti disciplinari
- Dirigente esterno con contratto di collaborazione/consulenza e/o altro tipo di rapporti a tempo determinato
- Responsabile UPD

Nello specifico, il RPCT:

- Svolge i compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione Pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi
- Per effetto del DLGS 97/2016, il ruolo di RPC coincide con quello del responsabile della trasparenza

Ulteriori compiti assegnati al RPCT dalle vigenti norme di riferimenti sono:

- Elaborare la proposta di piano della prevenzione
- Assicurare che l'accesso civico generalizzato, avvenga secondo le disposizioni e la procedura prevista dal DLGS 97/2016
- Definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione
- Verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità
- Propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione
- Verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti al rischio di corruzione
- Individuare il personale da inserire in percorsi di formazione sull'etica e la legalità
- Vigilare sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità
- Elaborare la relazione annuale sull'attività svolta e assicurarne la pubblicazione
- Interagire con l'organo di indirizzo e OIV, segnalando le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza
- Effettua il riesame delle istanze di Accesso Civico Generalizzato ai sensi del DLGS 97/2016
  - Interagisce con L'Ufficio per i procedimenti disciplinari, per:
    - aggiornare il Codice di comportamento;
    - formulare pareri sui quesiti presentati dai dipendenti in merito alla corretta applicazione dei Codici di comportamento,;
    - provvedere alla gestione delle segnalazioni di condotte illecite e alla tenuta del relativo registro nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste, nonché l'esame delle segnalazione

Sono caratteristiche del RPCT:

- La indispensabile terzietà del RPCT rispetto all'organo d'indirizzo, ribadendo come non debbano sussistere condizioni vincolanti il corretto esercizio del mandato
- La necessità che il RPCT detenga effettivi Poteri di interlocuzione e di controllo: formalmente e chiaramente conferiti dall'organo d'indirizzo. Per questo motivo l'atto di nomina del RPC dovrebbe essere accompagnato da un comunicato con cui tutti i dirigenti e il personale sono invitati a dare allo stesso la necessaria collaborazione.
- L'opportunità che la figura del RPCT e le figure di supporto siano da considerarsi prioritariamente nella formazione e nell'aggiornamento delle conoscenze

#### La Responsabilità del RPCT

Le modifiche apportate dal D.Lgs. 97/2016 e s.m.i precisano che in caso di ripetute violazioni del PTPC sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT non prova di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano. I dirigenti pertanto rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

Resta immutata, in capo al RPCT, la responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, prevista all'art. 1 co. 12, della L. 190/2012, in caso di commissione di un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, all'interno dell'amministrazione.

Il RPCT può andare esente dalla responsabilità ove dimostri di avere proposto un PTPCT con misure adeguate e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso.

L'RPCT a partire dal 2018 sarà affiancato da una apposita struttura di supporto, composta da figure individuate in base a specifici requisiti professionali, direttamente coinvolta nell'azione di formazione e nell'aggiornamento delle conoscenze.

## Il RPCT dell'AOUS

Con Delibera n. 611 del 20.07.2017 la Prof.ssa Anna Coluccia è stata nominata Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. L'Atto di nomina è generico e non contiene indicazioni circa ruolo ed effettività della funzione di RPCT. Il ruolo di RPCT è svolto contestualmente ad altri incarichi aziendali, motivo per cui si rende necessario dotare il RPCT di un Gruppo di supporto per l'adempimento delle proprie funzioni.

### Il Gruppo di supporto al RPCT

Nel corso del 2017 è stato costituito il gruppo di supporto che collabora e supporta il RPCT nello svolgimento delle sue funzioni, sulla base di valutazioni che hanno tenuto conto sia dell'esperienza organizzativa acquisita, sia di una necessaria formazione professionale giuridica. Questo Gruppo di supporto permanente - in quanto a livello aziendale è individuato quale punto di riferimento in tema di anticorruzione e trasparenza - è quindi composto da 2 Professionisti in possesso delle necessarie competenze giuridico-amministrative ed ha il compito precipuo di collaborare e coadiuvare il RPCT, in tutte le varie fasi di intervento e tutti i problemi più rilevanti. Il metodo di lavoro praticato all'interno del gruppo di lavoro è quello del "team working" ovvero, attraverso riunioni ed incontri quotidiani, vengono condivise esperienze, approfondimenti e idee al fine di uniformare le azioni da intraprendere agli obiettivi strategici indicati dalla Direzione, contenuti nel Piano e conformi alla normativa in materia. Tali metodologia e organizzazione lavorativa - a supporto del RPCT per quanto riguarda le sue specifiche competenze e prerogative - hanno dato ottimi risultati in quanto hanno reso possibile la realizzazione di importanti aspetti lavorativi e obiettivi strategici, permettendo, tramite uno sforzo congiunto, la divisione del lavoro nel riconoscimento delle specifiche di ruolo e di competenza di ogni componente del team, dando altresì valore al contributo di ognuno in termini di potenziale e di qualità per raggiungere i risultati in maniera precisa e integrata. Il Gruppo di supporto interviene, in particolare, nella mappatura dei processi con gli incontri con i referenti e i soggetti aziendali responsabili, nell'attuazione delle misure generali di prevenzione della corruzione quali ad esempio la formazione del personale, organizza e coordina i flussi di pubblicazione dei dati, collabora con i soggetti aziendali interessati alle procedure, alla prevenzione e gestione delle situazioni di conflitto di interessi per quanto concerne la partecipazione a commissioni di gara e collegi tecnici, nonché inerenti la formazione sponsorizzata. In particolare, il Gruppo è nella creazione dei materiali formativi destinati alla formazione in materia di prevenzione della corruzione erogata in FAD a cura dell'Azienda, svolgendo anche attività di docenza materia di piattaforma e in aula. In caso di necessità è sempre comunque possibile integrare il gruppo con soggetti aziendali di volta in volta individuati ed in possesso di professionalità specifiche che risultano utili, se non indispensabili, per affrontare materie e analisi di processi macro o particolarmente complessi.

L'attività del RPCT e dell'Ufficio del RPCT riguarda i seguenti argomenti  
(su precisa richiesta dell'Ufficio Personale/Dipartimento Amministrativo e della Direzione Amministrativa):

- Gestione del Conflitto interessi (reale, percepito, potenziale)
- Gestione del Conflitto interessi tra attività formativa sponsorizzata e ruolo di Professionista sanitario ospedaliero (Congressi e seminari, ed eventi formativi attraverso il Web)
- Gestione del Conflitto interessi tra attività formativa sponsorizzata e personale universitario in convenzione (Congressi e seminari, ed eventi formativi attraverso il Web)
- Gestione del Conflitto interessi tra acquisto di quote azionarie, da parte di Professionisti sanitari, di Ditte aventi quale ragione sociale la produzione di presidi sanitari e farmaceutici
- Esaminare casi di Conflitto interessi in tema di Partecipazione nelle gare di appalto, sia in Collegi Tecnici e Commissioni di gara dei Professionisti sanitari circa la legittimità a rivestire la carica di membri
- Esprimere pareri in tema di trasparenza e di norme riguardanti l'affissione di elenchi circa l'esposizione in apposita cartellonistica in zone ospedaliere ad alto rischio di corruzione secondo quanto indicato dall'ANAC
- Attività di controllo per la normativa ANAC riguardante la rotazione del personale in aree a rischio elevato di corruzione
- Supervisione e redazione delle lettere di segnalazione degli utenti alla Direzione Sanitaria
- Partecipazione alla stesura e revisione di regolamenti aziendali come Ufficio del RPCT
- Esaminare casi di Whistleblowing, segnalati da Professionisti Interni e invio della Documentazione agli organi giudiziari competenti (nel rispetto della Normativa sulla Privacy)

- Esprimere pareri su richieste di accesso civico (per quanto di propria competenza)
  - Controllo sui Contratti di assunzione dei nuovi dipendenti circa l'assenza di conflitti di interessi per quanto attiene alle competenze del RPCT
  - Monitoraggio e richiesta di aggiornamento della sezione "Amministrazione trasparente" del sito Aziendale per quanto attiene alle competenze del RPCT, attraverso l'Ufficio Stampa AOUS
  - Invio dei CIG entro i termini di Legge (come di prassi, entro 31 Gennaio di ogni anno)
  - Formazione ai dipendenti aziendali in merito alla Prevenzione della Corruzione ed alla Trasparenza e programmazione per il 2021 di attività formativa nei seguenti ambiti: Elementi Normativi di Prevenzione della Corruzione; Elementi normativi sulla Rotazione del Personale nelle aree a rischio secondo nomenclatura ANAC.
- P.S. I pareri vengono stilati seguendo le normative Nazionali e Regionale, e Regolamenti Aziendali, nonché le sentenze di Cassazione che dei Tribunali di Merito a seconda del caso da esaminare.*

#### Dirigenti e titolari di Posizioni Organizzative

Tutti i Dirigenti e titolari di Posizioni Organizzative (area sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa) per quanto di rispettiva competenza:

- Svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, e dell'autorità giudiziaria nonché dell'Ufficio dei Procedimenti Disciplinari
- Concorrono alla gestione del rischio corruzione nel settore di loro competenza
- Propongono le misure di prevenzione
- Assicurano l'osservanza, da parte del personale assegnato, del Codice di Comportamento Aziendale, e verificano le ipotesi di violazione
- Adottano le misure gestionali, necessarie ai fini della prevenzione della corruzione quali: Gestione del conflitto d'interesse, rotazione, adozione dei provvedimenti disciplinari
- Osservano le misure contenute nel PTPCT
- Propongono al RPCT i nominativi del personale da formare

Dalla valutazione dei PTPC effettuata da ANAC, risulta che la carente mappatura dei processi svolti nelle amministrazioni comprese nel campione è dipesa anche dalla resistenza dei responsabili degli uffici a partecipare, per le parti di rispettiva competenza, alla rilevazione e alle successive fasi di identificazione e valutazione dei rischi. Queste resistenze vanno rimosse in termini culturali con adeguati e mirati processi formativi, ma anche con soluzioni organizzative e procedurali che consentano una maggiore partecipazione dei responsabili degli uffici a tutte le fasi di predisposizione e di attuazione del PTPCT promuovendo così la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti.

La principale correzione migliorativa da apportare al processo di strutturazione del PTPCT è quella di individuare e programmare le misure in termini di precisi obiettivi, di budget collettivi e individuali da assegnare a ciascun dirigente o Posizione organizzativa del Comparto e calare gli stessi nel tessuto organizzativo della specifica struttura.

#### Tutti i dipendenti dell'amministrazione

- Rispettano e fanno rispettare il Codice di comportamento Aziendale
- Partecipano al processo di gestione del rischio
- Segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o al RPC, o all'U.P.D.
- Collaborano per quanto di competenza con RCP
- Curano la propria formazione sui temi della Trasparenza e Anticorruzione

#### L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

Gli OIV promuovono e attestano l'assolvimento degli obblighi di trasparenza che per effetto del DLGS 97/2016 sono affidati al RPCT. OIV è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance. L'OIV inoltre esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001. Detto organismo anche ai fini della

validazione della relazione sulla performance, verifica che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

Il PNA 2016 indica chiaramente di interpretare il ruolo di OIV e RPCT non in sovrapposizione, ma in funzione di una reale e fattiva collaborazione per una maggiore effettività delle misure anticorruzione. A tal proposito vale la pena sottolineare l'impatto che produce la gestione del sistema premiante collegato alla performance, in relazione alla percezione dei dipendenti sull'integrità del sistema di ripartizione. Analogo ragionamento si può fare in relazione alle progressioni di carriera.

Collaboratori a vario titolo di AOUS

Tutti coloro che per svariate motivazioni entrano all'interno dell'organizzazione aziendale sono chiamati a collaborare con l'organo d'indirizzo con il RPCT e tutti i livelli organizzativi aziendali. Essendo l'AOUS una Azienda integrata con l'Università degli studi di Siena particolare interesse deve essere rivolto alla responsabilizzazione degli studenti che in numero assai rilevante frequentano gli ambienti aziendali. Il cittadino comune può faticare a distinguere fra operatori e studenti per tale motivo è richiesto agli studenti un comportamento consono e in linea con i regolamenti aziendali ed è a tal proposito che L'AOUS ha intrapreso un percorso di condivisione di valori e obiettivi proprio con gli studenti, percorso sfociato nella realizzazione di uno specifico insegnamento affidato al RPCT e in un seminario, entrambi rivolti agli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie ed entrambi mirati a illustrare il fondamento etico del rapporto di lavoro del pubblico dipendente e i contenuti del codice di comportamento

In tutti i casi, i collaboratori assolvono ai seguenti compiti:

- Segnalano ai dirigenti, ai referenti, all'UPD al RPCT, anche con finalità di miglioramento dei processi e dell'organizzazione, le situazioni di corruzione o maladministration di cui vengono a conoscenza
- Segnalano le situazioni di scarso rispetto per il decoro dell'istituzione presso di cui sono in apprendimento
- Osservano le misure contenute nel PTPCT

## **2. L'ANALISI DEL CONTESTO**

**L'AOUS (Santa Maria alle Scotte): contesto esterno**

I vincoli esterni che influenzano direttamente il processo di programmazione aziendale sono rappresentati dalle assegnazioni economico-finanziarie che la Regione Toscana stanziava annualmente per le Aziende Sanitarie, compreso l'AOU Senese. Le risorse economico-finanziarie disponibili a livello regionale da destinare al Sistema Sanitario Toscano possono risentire delle politiche nazionali di espansione o di contrazione del Fondo Sanitario Nazionale e quindi anche l'AOU Senese potrebbe risultare condizionata dalle logiche di una eventuale parziale riduzione dei finanziamenti destinati al Servizio Sanitario Regionale Toscano. Gli obiettivi aziendali di razionalizzazione delle risorse economico-finanziarie, indicati dalla Regione Toscana, e le conseguenti direttive impartite per la Redazione del Bilancio di Previsione pluriennale ed annuale vanno difatti intesi nell'ambito dell'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili, al fine di offrire agli utenti da parte dell'AOU Senese servizi clinico-assistenziali di elevata qualità ed efficacia attraverso un ottimale ed efficiente utilizzo delle risorse disponibili.

Dati demografici

L'AOU Senese (il cui Ospedale è denominato "Santa Maria alle Scotte"), in qualità di presidio ospedaliero della città di Siena, oltre alle attività sanitarie di elevata specializzazione tipiche di una Azienda Ospedaliero-Universitaria, svolge anche attività di base per i residenti nei comuni della Zona Senese.

Nella tabella di seguito è riportata la distribuzione della popolazione di riferimento.

Popolazione residente al 1° Gennaio 2022 (Dati ISTAT)

	<b>maschi</b>	<b>femmine</b>	<b>totale</b>
<b>Toscana</b>	<b>1 776 806</b>	<b>1 886 385</b>	<b>3 663 191</b>
<b>Massa-Carrara</b>	<b>91 522</b>	<b>96 961</b>	<b>188 483</b>
<b>Lucca</b>	<b>185 327</b>	<b>197 137</b>	<b>382 464</b>
<b>Pistoia</b>	<b>140 180</b>	<b>149 234</b>	<b>289 414</b>
<b>Firenze</b>	<b>475 874</b>	<b>511 386</b>	<b>987 260</b>
<b>Livorno</b>	<b>158 108</b>	<b>169 154</b>	<b>327 262</b>
<b>Pisa</b>	<b>203 533</b>	<b>213 508</b>	<b>417 041</b>
<b>Arezzo</b>	<b>163 835</b>	<b>171 091</b>	<b>334 926</b>
<b>Siena</b>	<b>126 414</b>	<b>134 795</b>	<b>261 209</b>
<b>Grosseto</b>	<b>105 417</b>	<b>111 592</b>	<b>217 009</b>
<b>Prato</b>	<b>126 596</b>	<b>131 527</b>	<b>258 123</b>

**Indice di vecchiaia**

Rapporto (x 100) - Anno 2021 - Totale  
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

Residenza	Residenti 65+	Rapporto
<b>REGIONE TOSCANA</b>	<b>948.492</b>	<b>215,42</b>
AUSL CENTRO	401.155	201,49
AUSL NORD-OVEST	329.323	226,51
AUSL SUD-EST	218.014	227,54

**Indice di vecchiaia**

Rapporto (x 100) - Anno 2021 - Totale  
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio

Residenza	Residenti 65+	Rapporto
<b>REGIONE TOSCANA</b>	<b>948.492</b>	<b>215,42</b>
AUSL SUD-EST	218.014	227,54
Senese	32.335	209,17

Popolazione Straniera in Toscana al 1° Gennaio 2021 (Dati Istat)

<u>Flussi Migratori</u>	<b>2021</b>
popolazione straniera al 1° gennaio	425 931
nati vivi stranieri	4 195
morti stranieri	893
saldo naturale anagrafico degli stranieri	3 302
stranieri iscritti in anagrafe da altri comuni	21 086
stranieri cancellati in anagrafe per altri comuni	20 624
saldo migratorio anagrafico interno degli stranieri	462
stranieri iscritti in anagrafe dall'estero	19 732
stranieri cancellati in anagrafe per l'estero	4 429
saldo migratorio anagrafico estero degli stranieri	15 303
stranieri iscritti in anagrafe per altri motivi	980
stranieri cancellati in anagrafe per altri motivi	13 168
saldo anagrafico per altri motivi degli stranieri	-12 188
stranieri iscritti in anagrafe in totale	41 798
stranieri cancellati in anagrafe in totale	38 221
saldo migratorio anagrafico e per altri motivi degli stranieri	3 577
acquisizioni della cittadinanza italiana	9 668
unità straniera in più/meno dovute a variazioni territoriali	0
stranieri-saldo censuario totale	-16 634
popolazione straniera al 31 dicembre	406 508
popolazione straniera residente in convivenza al 31 dicembre	8 739
popolazione straniera residente in famiglia al 31 dicembre	397 769



Popolazione Straniera in Provincia di Siena al 1° Gennaio 2021 (Dati Istat)

	<b>2021</b>
<u>Flussi Migratori</u>	
popolazione straniera al 1° gennaio	29 531
nati vivi stranieri	315
morti stranieri	59
saldo naturale anagrafico degli stranieri	256
stranieri iscritti in anagrafe da altri comuni	1 659
stranieri cancellati in anagrafe per altri comuni	1 743
saldo migratorio anagrafico interno degli stranieri	-84
stranieri iscritti in anagrafe dall'estero	1 762
stranieri cancellati in anagrafe per l'estero	432
saldo migratorio anagrafico estero degli stranieri	1 330
stranieri iscritti in anagrafe per altri motivi	51
stranieri cancellati in anagrafe per altri motivi	1 035
saldo anagrafico per altri motivi degli stranieri	-984
stranieri iscritti in anagrafe in totale	3 472
stranieri cancellati in anagrafe in totale	3 210
saldo migratorio anagrafico e per altri motivi degli stranieri	262
acquisizioni della cittadinanza italiana	777
unità straniere in più/meno dovute a variazioni territoriali	0
stranieri-saldo censuario totale	-962
popolazione straniera al 31 dicembre	28 310
popolazione straniera residente in convivenza al 31 dicembre	723
popolazione straniera residente in famiglia al 31 dicembre	27 587

## Sicurezza sociale

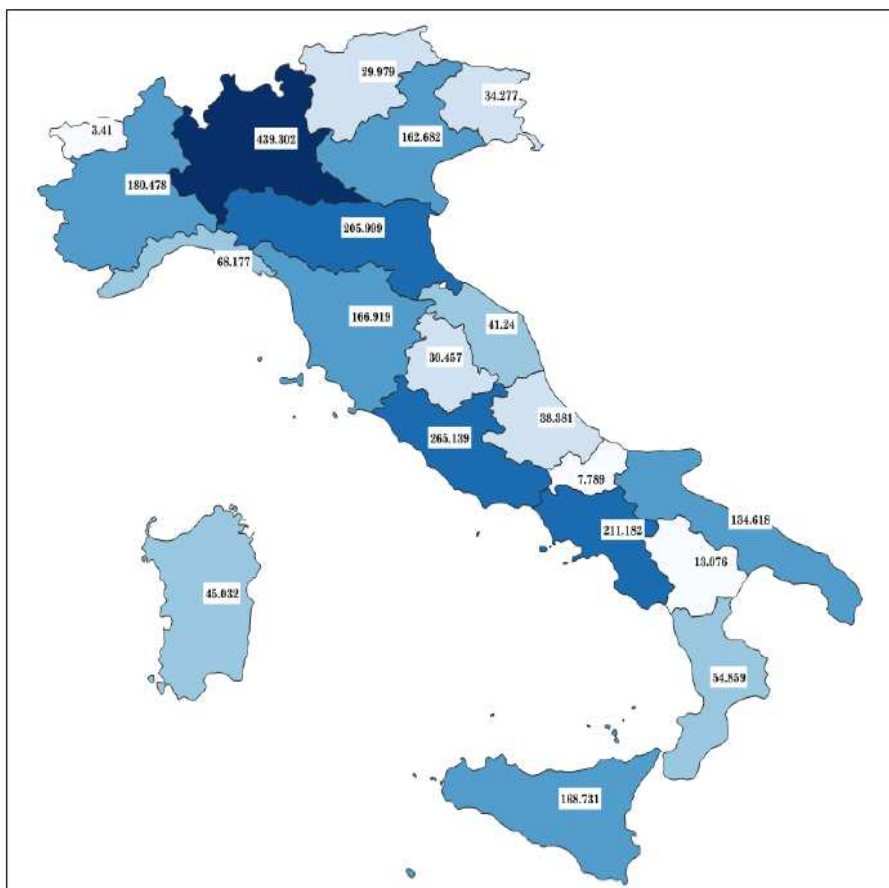
Al fine di meglio inquadrare il contesto toscano, riportiamo di seguito alcuni dati ed informazioni provenienti dal "Rapporto sulla delittuosità e sulla percezione della sicurezza in Toscana" - Irpet – Regione Toscana - Dicembre 2020.

In Toscana, nel corso del 2019, sono stati denunciati 166.919 reati, in diminuzione rispetto all'anno precedente (-7.865 denunce, -4,5%); le denunce nella nostra regione rappresentano il 7,4% del totale nazionale.

In Toscana, nel corso del 2019, sono stati denunciati 166.919 reati, in diminuzione rispetto all'anno precedente (-7.865 denunce, -4,5%); le denunce nella nostra regione rappresentano il 7,4% del totale nazionale.

A livello regionale il maggior numero di segnalazioni all'autorità giudiziaria si riscontra in Lombardia con un valore di 439.302 reati denunciati, al secondo posto per numero di segnalazioni si pone il Lazio con 265.139 delitti. Seguono, con oltre 200.000 reati denunciati, la Campania (211.182) e l'Emilia Romagna (205.999). La Sicilia (168.731) e il Veneto (162.682) registrano valori simili a quelli toscani (166.919).

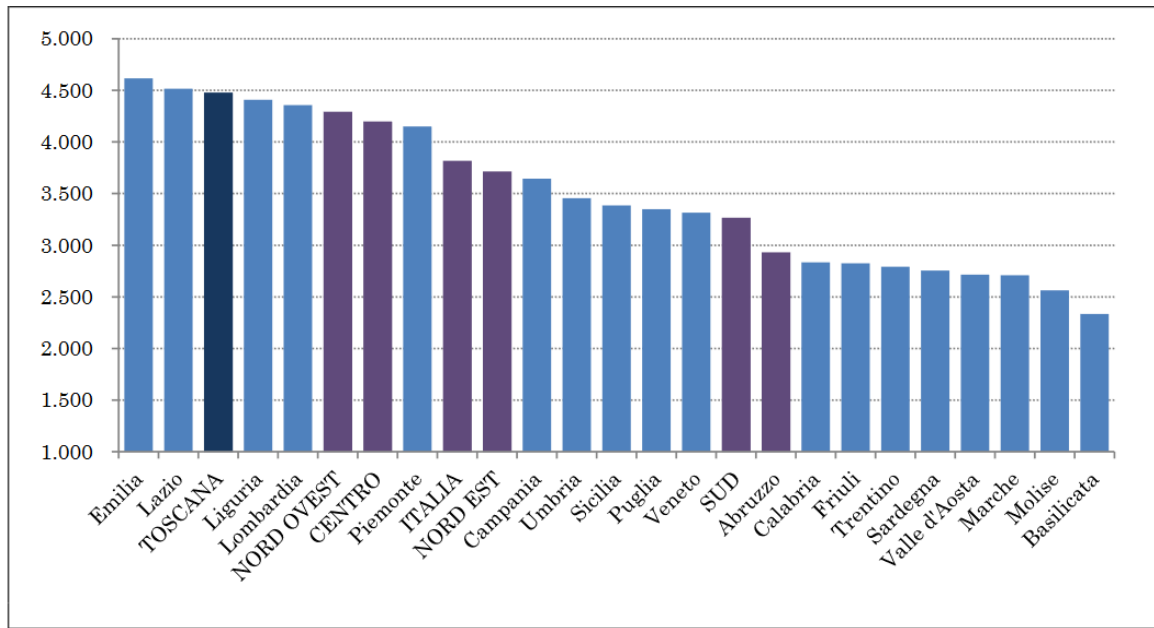
### NÚMERO DI REATI DENUNCIATI ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA. 2019



Fonte: Elaborazioni IRPET su dati ISTAT - *L'analisi dei delitti denunciati si basa sui dati delle denunce trasmesse alla Magistratura dalle Forze dell'ordine. I dati utilizzati nel rapporto sono raccolti dal Ministero dell'Interno e diffusi dall'Istat (<http://dati.istat.it>)*

In Toscana il numero di delitti denunciati per 100 mila residenti nel 2019 è pari a 4.480 (circa 4,5 per 100 residenti) dato che colloca la nostra regione (Grafico 1) al terzo posto nella graduatoria nazionale dopo l'Emilia-Romagna (4.615) e il Lazio (4.515), seguita da Liguria (4.407) e Lombardia (4.357).

TASSO DI DELITTUOSITÀ PER 100 MILA RESIDENTI. 2019

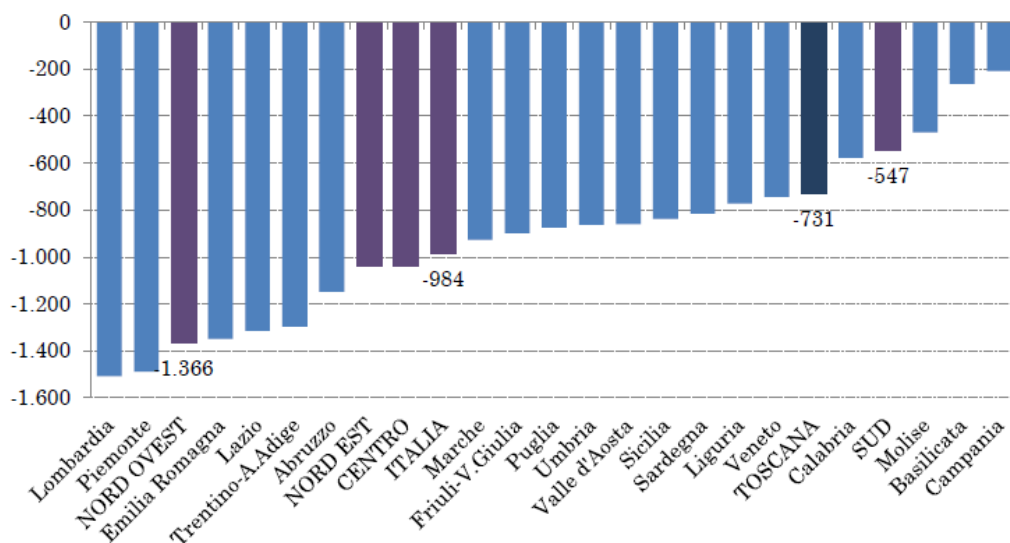


Fonte: Elaborazioni IRPET su dati ISTAT

Le regioni del Centro e del Nord-ovest, e l'Emilia-Romagna nel Nord-est, sono caratterizzate dai più alti valori dell'indice. La dimensione urbana è una variabile che si associa alle opportunità di compiere reati. Si possono così spiegare il più alto tasso di delittuosità e la maggior diffusione di reati contro la proprietà nel Centro-Nord, dove ci sono città di rilievo nazionale e internazionale, alti tassi di mobilità della popolazione così come di occupazione in genere e in particolare femminile nonché una maggiore ricchezza. Per tutti gli anni Novanta, il numero di reati denunciati in Toscana ha seguito l'andamento medio nazionale. Tra il 2001 e il 2007 la crescita delle segnalazioni è stata più intensa nella nostra regione mentre negli anni successivi, fino al 2013, il trend delle denunce in Toscana si mantiene parallelo a quello italiano. Dal 2013 la riduzione osservata in Toscana è meno intensa di quella registrata a livello nazionale (variazione 2019-2013: -13,7% Toscana vs -20,3% Italia).

In tutte le regioni italiane dal 2013 si assiste a una riduzione continua del tasso di delittuosità, la Toscana, però, fa registrare una tra le contrazioni più contenute: -713 denunce ogni 100mila abitanti nei sei anni contro -984 in Italia e -1.366 per le regioni del nord ovest.

Tasso di delittuosità. Numero denunce per 100.000 abitanti differenze assolute 2019-2013



Fonte: Elaborazioni IRPET su dati ISTAT

## TASSI DI DELITTUOSITÀ PER PROVINCIA. 2019

	Tasso di delittuosità	Posizione nella graduatoria
Milano	6,728	1
<b>Firenze</b>	<b>6,188</b>	<b>2</b>
Rimini	5,891	3
Bologna	5,877	4
Torino	5,162	5
<b>Prato</b>	<b>5,081</b>	<b>6</b>
Roma	5,073	7
Imperia	5,046	8
<b>Livorno</b>	<b>4,698</b>	<b>9</b>
Modena	4,550	10
Venezia	4,494	11
Genova	4,455	12
Savona	4,369	13
Parma	4,327	14
Ravenna	4,290	15
<b>Pisa</b>	<b>4,253</b>	<b>16</b>
Ferrara	4,241	17
Napoli	4,203	18
Foggia	4,071	19
Pavia	3,986	20
<b>Massa-Carrara</b>	<b>3,921</b>	<b>21</b>
Catania	3,916	22
Trieste	3,874	23
<b>Pistoia</b>	<b>3,809</b>	<b>24</b>
Siracusa	3,801	25
<b>Lucca</b>	<b>3,610</b>	<b>32</b>
<b>Grosseto</b>	<b>3,462</b>	<b>39</b>
<b>Arezzo</b>	<b>2,917</b>	<b>64</b>
<b>Siena</b>	<b>2,725</b>	<b>76</b>
TOSCANA	4,480	
ITALIA	3,817	

Fonte: Elaborazioni IRPET su dati ISTAT

*I delitti contro la vita e l'incolumità individuale* - Consideriamo i reati violenti che destano grande preoccupazione per la loro gravità, ovvero gli omicidi tentati e quelli consumati e altri reati contro la persona come minacce, percosse, lesioni dolose, violenze sessuali, sequestri di persona. Questo tipo di reati registra tassi per 100 mila residenti decisamente più elevati nelle regioni del sud di Italia.

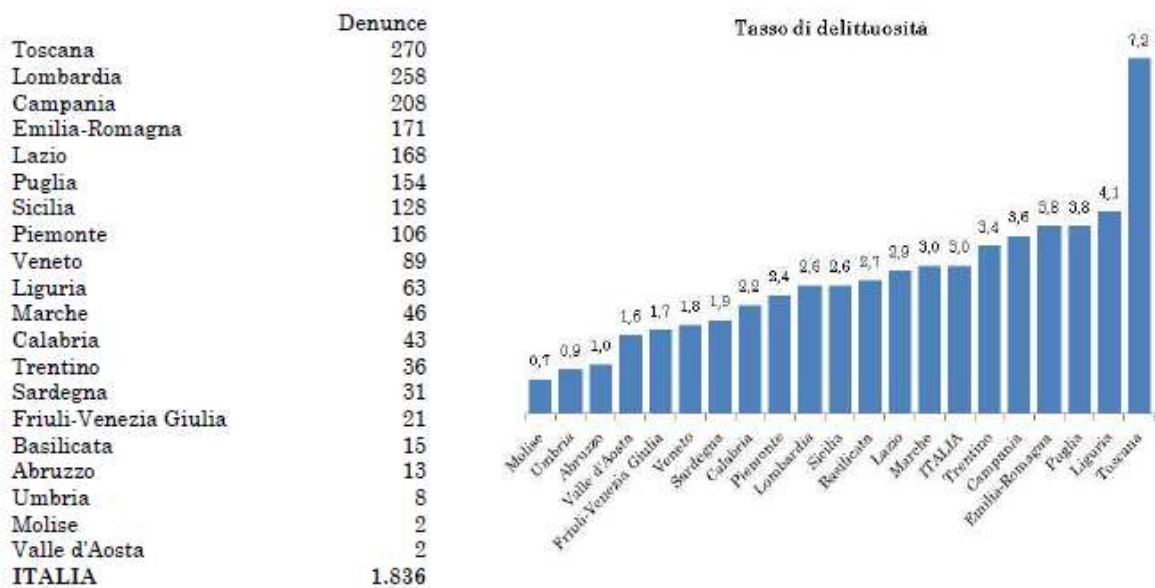
La Toscana ha un'incidenza di omicidi volontari e tentati omicidi – in valore assoluto 58 denunce nel 2019 – inferiore alla media nazionale, così come ai valori registrati in alcune regioni del nord, occupando la sedicesima posizione della graduatoria regionale; anche per gli omicidi colposi – 90 denunce di cui 54 omicidi stradali – la nostra regione mostra un valore del tasso piuttosto contenuto. Per quanto riguarda i reati di minacce, percosse, lesioni dolose, violenze sessuali e sequestri di persona la Toscana si colloca in una posizione mediana nel panorama nazionale. Come si può osservare dai grafici in Figura 2 gli omicidi volontari consumati e tentati (58 denunce nel 2019) risultano in diminuzione dal 2010, in Toscana come nel resto del paese (rispettivamente -42% e -27%); le denunce per minacce (4.103) sono calate del 19%.

Le violenze sessuali (336 segnalazioni) sono in diminuzione rispetto al 2018 segnando una prima inversione di tendenza dopo gli aumenti registrati nei due anni precedenti.

*I furti con strappo, le rapine e i reati associativi* - L'indice di delittuosità relativo agli scippi (693 denunce per 100 mila residenti) e alle rapine (1.381) assume in Toscana valori più contenuti rispetto alla media nazionale; le estorsioni (499 denunce), l'usura (6), gli attentati (9) e l'associazione per delinquere (21) hanno anch'essi un'incidenza inferiore rispetto a quella osservata nelle maggiori regioni del nord; nel complesso, questi reati sono più presenti nelle regioni meridionali. Le rapine mostrano una tendenza generale alla diminuzione. In Toscana il 2019 ha confermato questa tendenza dopo l'incremento nel 2018 delle rapine in abitazione e di quelle negli esercizi commerciali. In forte riduzione gli scippi (da 850 denunce a 653).

*Riciclaggio* - Nel 2019 la Toscana è la regione con il più alto numero di denunce per i reati di riciclaggio e impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, 270, pari al 15% del totale nazionale. La regione mostra anche il più alto tasso di delittuosità per questa fattispecie: 7,2% contro il 3% medio nazionale.

**NUMERO DI DENUNCE PER I REATI DI RICICLAGGIO E TASSO DI DELITTUOSITÀ 2019**



La UIF (L'Unità di informazione finanziaria per l'Italia) ha elaborato a livello provinciale un indicatore di rischio basato su una misura 'relativa' di anomalia: per ogni euro depositato in banca utilizzando strumenti diversi dal contante è considerato l'ammontare dei versamenti in contanti non giustificati da fattori 'strutturali' locali di natura socio-economica e finanziaria; questo indicatore appare un'utile misura di esposizione al rischio di riciclaggio per gli operatori privati e distingue quattro livelli di rischio: alto, medio-alto, medio e basso.

Nel 2018 otto province toscane su dieci si trovavano nelle prime due classi:

- Rischio alto: Firenze, Prato, Pistoia, Lucca, Siena, Arezzo
- Rischio medio-alto: Livorno, Pisa
- Rischio basso: Massa-Carrara, Grosseto

	Anno 2014	Anno 2018
Firenze	Rischio medio	Rischio alto
Prato	Rischio medio	Rischio alto
Pistoia	Rischio medio-alto	Rischio alto
Lucca	Rischio medio	Rischio alto
Siena	Rischio medio-alto	Rischio alto
Arezzo	Rischio medio	Rischio alto
Livorno	Rischio medio-alto	Rischio medio-alto
Pisa	Rischio medio	Rischio medio-alto
Massa-Carrara	Rischio basso	Rischio basso
Grosseto	Rischio medio	Rischio basso

Fonte UIF

*Violazione della normativa sugli stupefacenti* - Lo spaccio, la detenzione e cessione illecita di stupefacenti sono reati che caratterizzano molte realtà urbane e la Toscana, con 2.991 denunce e un tasso pari a 80,3 reati denunciati per 100 mila residenti, si colloca al terzo posto della graduatoria delle regioni italiane

Nel 2019, in Toscana è stato registrato il 5,6% delle operazioni antidroga svolte sul territorio nazionale, il 5,9% delle persone segnalate all'Autorità Giudiziaria e il 7,9% delle sostanze sequestrate (kg).

In provincia di Firenze è stato registrato il 25,7% delle operazioni antidroga svolte sul territorio regionale, il 14,8% a Livorno, il 14,2% a Pisa, il 11% a Prato, il 7,9% a Lucca, il 7,6% ad Arezzo, il 5,5% a Pistoia, il 4,8% a Massa Carrara, il 4,3% a Siena e il 4,2% a Grosseto.

In regione è stato sequestrato il 14,1% di tutta la cocaina sequestrata a livello nazionale e il 20,2% delle droghe sintetiche confezionate in dosi.

Il 77,8% delle sostanze sequestrate a livello regionale è avvenuto nella provincia di Livorno, poiché, come dichiarato dal procuratore capo di Livorno, Ettore Squillace Greco, "Il porto di Livorno ormai è diventato uno snodo importante del traffico internazionale di droga messo in piedi dalle organizzazioni mafiose che, visti i controlli incisivi in porti come Gioia Tauro, hanno creato rotte alternative che prevedono punti di sbarco come Livorno e Genova.". Nel corso del 2019 il sequestro quantitativamente più rilevante è avvenuto a gennaio con la scoperta di 644 kg di cocaina. A febbraio del 2020 è stato intercettato nel porto di Livorno un carico di oltre 3 tonnellate di cocaina, in container provenienti dalla Colombia, per un valore di circa 400 milioni di euro, il secondo sequestro per quantità mai realizzato in Italia.

*I reati della "microcriminalità"* - Nel termine "microcriminalità" è compresa una larga fetta di reati contro la proprietà: borseggi, furti in appartamento, furti di motocicli, danneggiamenti, ma anche rapine di entità modesta e di scarsa preparazione. Si tratta di reati particolarmente diffusi negli ambiti urbani, tanto più presenti nelle grandi città, che impattano significativamente sulla percezione della sicurezza-insicurezza di un luogo e che possono causare ricadute psicologiche per le vittime anche al di là della valutazione del danno economico.

In Toscana nel corso del 2019 sono stati denunciati 16.093 furti in appartamento, 14.717 borseggi, 9.523 furti di oggetti da auto in sosta, 6.420 furti in esercizi commerciali e 20.363 casi di danneggiamenti.

Danneggiamenti e furti diversi da quelli dei mezzi di trasporto vedono le regioni del centro nord ai primi posti delle graduatorie mentre quelle meridionali presentano tassi più elevati per i furti di veicoli.

Nel 2019 sei delle dieci province toscane si collocano tra le prime 25 in Italia per tasso di delittuosità, Arezzo e Siena registrano i valori più bassi, inferiori al valore mediano delle province italiane(3.087).

TASSI DI DELITTUOSITÀ PER PROVINCIA. 2019

	Tasso di delittuosità	Posizione nella graduatoria
Milano	6,728	1
<b>Firenze</b>	<b>6,188</b>	<b>2</b>
Rimini	5,891	3
Bologna	5,877	4
Torino	5,162	5
<b>Prato</b>	<b>5,081</b>	<b>6</b>
Roma	5,073	7
Imperia	5,046	8
<b>Livorno</b>	<b>4,698</b>	<b>9</b>
Modena	4,550	10
Venezia	4,494	11
Genova	4,455	12
Savona	4,369	13
Parma	4,327	14
Ravenna	4,290	15
<b>Pisa</b>	<b>4,253</b>	<b>16</b>
Ferrara	4,241	17
Napoli	4,203	18
Foggia	4,071	19
Pavia	3,986	20
<b>Massa-Carrara</b>	<b>3,921</b>	<b>21</b>
Catania	3,916	22
Trieste	3,874	23
<b>Pistoia</b>	<b>3,809</b>	<b>24</b>
Siracusa	3,801	25
<b>Lucca</b>	<b>3,610</b>	<b>32</b>
<b>Grosseto</b>	<b>3,462</b>	<b>39</b>
<b>Arezzo</b>	<b>2,917</b>	<b>64</b>
<b>Siena</b>	<b>2,725</b>	<b>76</b>
TOSCANA	4,480	
ITALIA	3,817	

Fonte: Elaborazioni IRPET su dati ISTAT

L'indice relativo di reati denunciati può essere molto differente tra la città capoluogo e gli altri comuni di una stessa provincia, in Toscana la distanza tra la città centrale e gli altri comuni è particolarmente elevata a Pisa e Firenze (**Tabella 7**). A Pisa il tasso del capoluogo è 3,5 volte superiore a quello rilevato nel resto della provincia, il valore più alto in Italia; infatti, mentre la provincia si trova in 16° posizione nella graduatoria nazionale, la città capoluogo risulta terza in Italia per delittuosità, gli altri comuni si collocano al 41° posto. A Firenze il tasso del capoluogo è 3 volte più elevato di quello registrato negli altri comuni della provincia, la città risulta prima nella graduatoria dei capoluoghi italiani mentre i suoi comuni decimi.

Opposto invece il caso di Lucca che presenta lo stesso livello di delittuosità nel capoluogo e negli altri comuni; questi ultimi si collocano all'ottavo posto della graduatoria a livello nazionale mentre la città è all'87°.

TASSI DI DELITTUOSITÀ PER CITTÀ CAPOLUOGO E ALTRI COMUNI. 2019

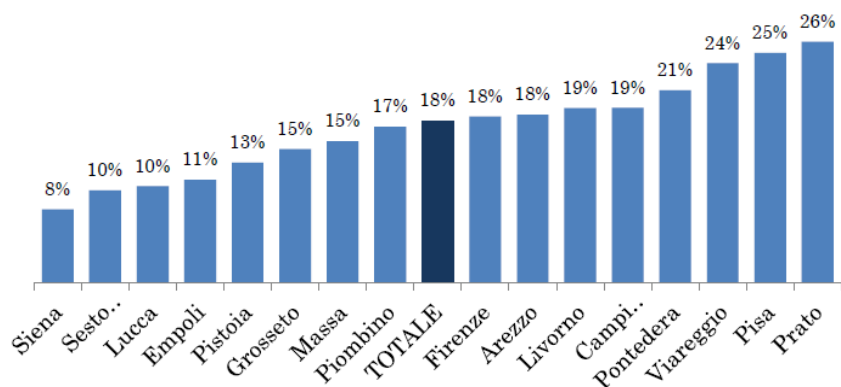
In rosso le province toscane

	Tasso di delittuosità			Posizione nella graduatoria nazionale	
	Non capoluoghi	Capoluogo	Tasso Capoluogo su non capoluoghi	Non capoluoghi	Capoluogo
	<b>Firenze</b>	<b>3,574</b>	<b>10,591</b>	<b>3.0</b>	<b>8</b>
Milano	4,365	9,926	2.3	1	2
<b>Pisa</b>	<b>2,763</b>	<b>9,716</b>	<b>3.5</b>	<b>25</b>	<b>3</b>
Bologna	3,917	9,016	2.3	3	4
Rimini	4,142	8,076	1.9	2	5
Padova	2,566	7,661	3.0	29	6
Torino	3,636	7,579	2.1	6	7
Venezia	3,185	7,480	2.3	18	8
Modena	3,577	7,260	2.0	7	9
Pavia	3,489	7,200	2.1	9	10
Catania	2,707	6,999	2.6	27	11
Mantova	2,605	6,704	2.6	28	13
Bergamo	2,920	6,419	2.2	22	14
Parma	2,757	6,358	2.3	26	15
Foggia	3,423	6,089	1.8	10	16
Napoli	3,362	6,060	1.8	13	17
Roma	3,299	6,002	1.8	15	18
Bolzano	2,057	5,941	2.9	34	19
Reggio nell'Emilia	2,767	5,914	2.1	24	20
Ferrara	3,226	5,878	1.8	16	22
Pescara	2,337	5,801	2.5	32	23
<b>Livorno</b>	<b>3,726</b>	<b>5,788</b>	<b>1.6</b>	<b>4</b>	<b>24</b>
Perugia	2,919	5,688	1.9	23	25
Brescia	3,000	5,684	1.9	20	26
Lecce	2,454	5,653	2.3	30	27
<b>Prato</b>	<b>3,393</b>	<b>5,629</b>	<b>1.7</b>	<b>11</b>	<b>28</b>
<b>Massa</b>	<b>3,349</b>	<b>4,968</b>	<b>1.5</b>	<b>21</b>	<b>40</b>
<b>Pistoia</b>	<b>3,371</b>	<b>4,787</b>	<b>1.4</b>	<b>19</b>	<b>45</b>
<b>Siena</b>	<b>2,319</b>	<b>4,328</b>	<b>1.9</b>	<b>84</b>	<b>57</b>
<b>Arezzo</b>	<b>2,386</b>	<b>4,217</b>	<b>1.8</b>	<b>76</b>	<b>62</b>
<b>Grosseto</b>	<b>3,148</b>	<b>3,993</b>	<b>1.3</b>	<b>30</b>	<b>72</b>
<b>Lucca</b>	<b>3,650</b>	<b>3,476</b>	<b>1.0</b>	<b>8</b>	<b>87</b>
TOSCANA	3,197	6,856	2.1		
ITALIA	2,935	5,886	2.0		

Fonte: Elaborazioni IRPET su dati ISTAT

Percezione della sicurezza - In media l'83% dei rispondenti percepisce la propria città come piuttosto sicura (molto o abbastanza). Le valutazioni raccolte nei diversi comuni oscillano, intorno a questo valore medio, tra il 92% di Siena e il 74% di Prato.

Percentuale di rispondenti che giudicano complessivamente poco sicura la loro città





## **L'AOUS (Santa Maria alle Scotte): contesto interno**

L'AOUS istituita il 1° gennaio 1995, ha sede legale in Siena, presso Strada delle Scotte n. 14 – Partita Iva 00388300527.

L'AOUS è integrata con l'Università degli Studi di Siena e si caratterizza per l'erogazione di prestazioni di ricovero, specialistiche, ambulatoriali, ed attività di emergenza e urgenza; persegue lo sviluppo dell'alta specializzazione, ed ha come riferimento l'Area Toscana Sud ed il territorio regionale e nazionale.

Essa svolge, grazie al contributo dei Dipartimenti di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Biotecnologie Mediche e Biologia Molecolare e dello Sviluppo dell'Università degli Studi di Siena, le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, integrate e orientate all'eccellenza delle cure e della formazione sanitaria.

L'AOUS (denominata Ospedale Santa Maria alle Scotte), in qualità di presidio ospedaliero della città di Siena, oltre alle prestazioni sanitarie di elevata Specializzazione, svolge attività di base per i residenti nei comuni del comprensorio senese.

L'attuale ospedale, costruito a partire dal 1970, si articola in sette lotti, l'ultimo dei quali, il Dipartimento Emergenza Accettazione, è stato inaugurato nel luglio 2011.

E' un complesso ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione che fin dalla nascita, nel 1200, della Facoltà di Medicina dello Studio Senese, è stato anche luogo di insegnamento e di ricerca universitaria. La lunga tradizione storica che vede l'ospedale come luogo di cura e di apprendimento è profondamente radicata nella cittadinanza che è fortemente impegnata a difendere e valorizzare questa prerogativa.

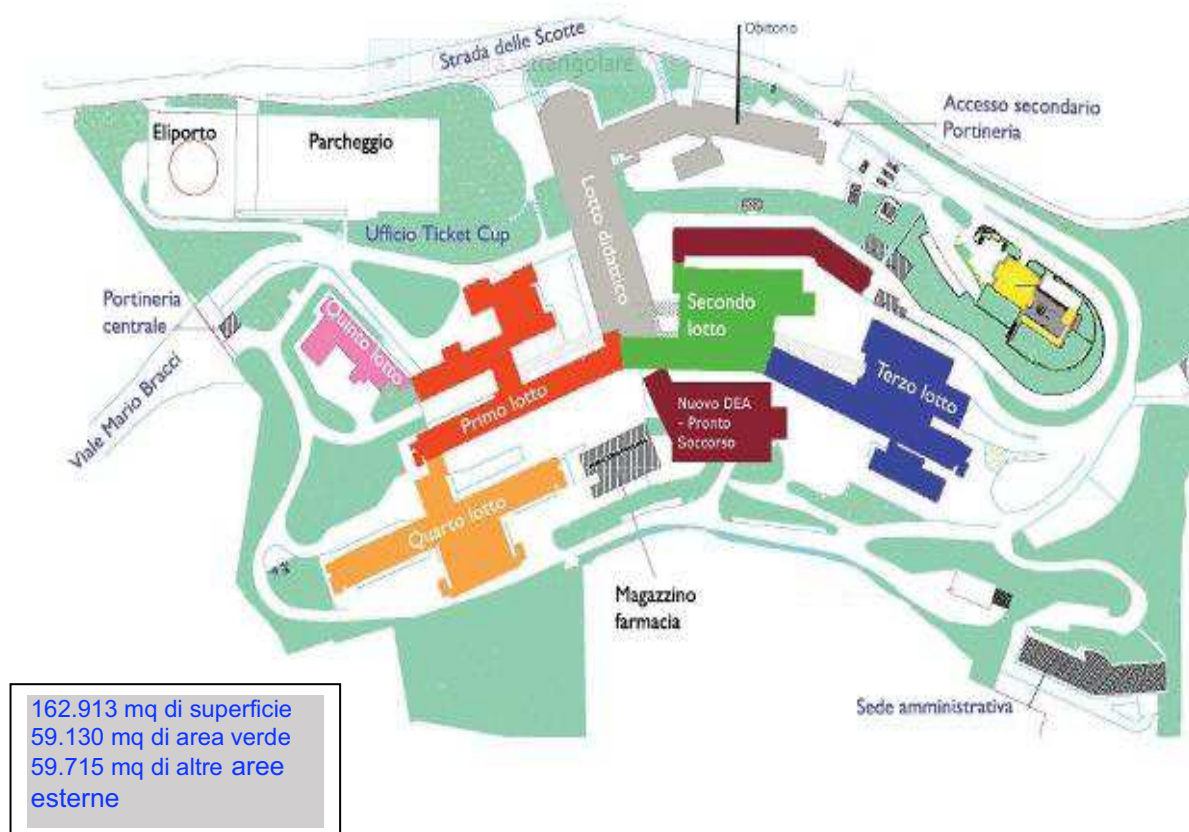
L'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale, consultabile presso il sito internet istituzionale. L'elevato indice di attrazione di pazienti provenienti da Extra Regione Toscana sottolinea il significativo ruolo di riferimento ricoperto dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese in ambito nazionale per le attività di elevata specializzazione.

La *mission* dell'AOUS è quella di contribuire a garantire agli utenti i più elevati livelli di salute possibili, contemperando la ricerca e la didattica con i fini assistenziali, e rendendo l'Azienda confrontabile con le più prestigiose istituzioni ospedaliere universitarie nazionali ed internazionali.

L'AOUS informa il suo funzionamento al principio della centralità della persona e della valorizzazione del ruolo e responsabilità degli operatori. Si impegna a condurre la propria attività con integrità, correttezza, professionalità e trasparenza evitando ogni comportamento che possa facilitare la commissione di qualsiasi tipo di illecito compromettendo la fiducia degli utenti e degli operatori e ledere l'immagine dell'Azienda.

## Mappa dell'AOUS



L'AOUS rappresenta quindi un fondamentale elemento organizzativo funzionale del Servizio Sanitario Regionale Toscano, attua una stretta collaborazione ed integrazione funzionale con la Azienda Sanitaria dell'Area Vasta Toscana Sud-Est che opera sul territorio delle province di Siena, Arezzo e Grosseto, così come promuove e sviluppa relazioni con tutte le altre Aziende Sanitarie accreditate ed istituzioni pubbliche e private, al fine di garantire migliori condizioni e servizi di carattere sanitario all'utenza.

L'AOUS costituisce centro Hub, come disposto dal Piano Sanitario Regionale Toscano e dalla normativa relativa all'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale Toscano.

L'AOUS dai primi anni 2000 riconosce come punto di forza l'organizzazione per Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), che si esplica in percorsi assistenziali anche interdipartimentali e nella definizione di standard nelle linee assistenziali più significative.

### Organizzazione

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese garantisce lo svolgimento dei propri compiti istituzionali attraverso la propria struttura organizzativa; l'organigramma aziendale è consultabile sul sito web dell'AOU Senese ([www.ao-siena.toscana.it](http://www.ao-siena.toscana.it)) alla sezione "Amministrazione Trasparente". In particolare, attraverso la Pianificazione Strategica e la Programmazione Budgetaria, la Direzione Aziendale, di concerto con i Direttori delle Strutture Dipartimentali (DAI) e degli altri livelli di responsabilità organizzativa e gestionale presenti all'interno dell'Azienda (Aree, Strutture Complesse, Strutture Semplici Autonome, Strutture di Staff ed Unità Operative Professionali), definisce gli Obiettivi di medio periodo (triennali) e gli Obiettivi budgetari annuali, oltre alle azioni ed alle misure necessarie al loro raggiungimento.

L'organizzazione interna si articola in:

Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), con o senza articolazione in Aree

- Staff della Direzione Generale, Sanitaria e Dipartimenti Amministrativi
- Strutture Complesse (UOC - Unità Operative Complesse)
- Strutture Semplici Autonome (UOSA - Unità Operative Semplici Autonome)
- Strutture Semplici (UOS - Unità Operative Semplici all'interno delle UOC)
- Unità Operative Professionali (UOP)
- Programmi Dipartimentali (attivabili ex-art. 5 D.Lgs. n. 517/99)
- Posizioni Organizzative

L'organizzazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese è fondata su criteri di multidisciplinarietà e multiprofessionalità, mira al miglioramento delle competenze professionali tecniche e scientifiche e risponde alla ricerca continua del miglioramento dei risultati assistenziali, di didattica e di ricerca. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa dell'AOU Senese, al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, assicurando al paziente un iter clinico e terapeutico garantito da un controllo sistematico della qualità delle cure (efficacia, continuità assistenziale, soddisfazione del cittadino). Con tale modello viene inoltre data attuazione al principio di partecipazione dei professionisti al processo decisionale, secondo i rispettivi ambiti di responsabilità. Le funzioni operative svolte all'interno dell'AOU Senese sono attribuite alle Strutture organizzative, cui sono assegnate le risorse materiali, umane, tecnologiche e strutturali, le quali vengono gestite sulla base della programmazione aziendale e mediante lo strumento del Budget. I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) rappresentano la sede dove è assicurata la massima attenzione alle funzioni tipiche dei professionisti sanitari che compongono il Dipartimento stesso e, conseguentemente, anche quelle dei Direttori di tali Strutture e che si possono riassumere nelle seguenti tipiche funzioni:

- gestione dei percorsi professionali
- gestione delle attività diagnostico-terapeutiche assistenziali
- integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca (in stretta collaborazione con i dipartimenti universitari)
- gestione delle risorse dei fattori produttivi intermedi a queste collegati
- verifica, valutazione e monitoraggio dei risultati raggiunti
- individuazione delle necessità di prestazioni che richiedono supporto tecnologico.

Il DAI è istituito in base:

- alla casistica attesa ed all'omogeneità o affinità delle funzioni operative necessarie a garantire, in via prioritaria, l'omogeneità dei percorsi assistenziali in coerenza con la programmazione della didattica e della ricerca, nel rispetto del D.Lgs 517/99
- all'affinità di patologie, di casistiche e/o di attività
- alla specificità dell'organo, apparato o distretto anatomico
- al criterio dell'intensità e della rapidità della cura.

Il modello organizzativo dipartimentale consente:

- la gestione complessiva delle modalità operative con cui viene assicurata l'entrata e l'uscita dei pazienti dai percorsi ospedalieri
- l'ottimale programmazione e gestione delle attività in regime ordinario ed in regime diurno
- l'organizzazione dei percorsi dell'emergenza-urgenza e di quelli delle attività in elezione, dell'attività di pre-ricovero, delle attività ambulatoriali e delle attività di prenotazione, accettazione di queste ultime, ivi compresa la libera professione.

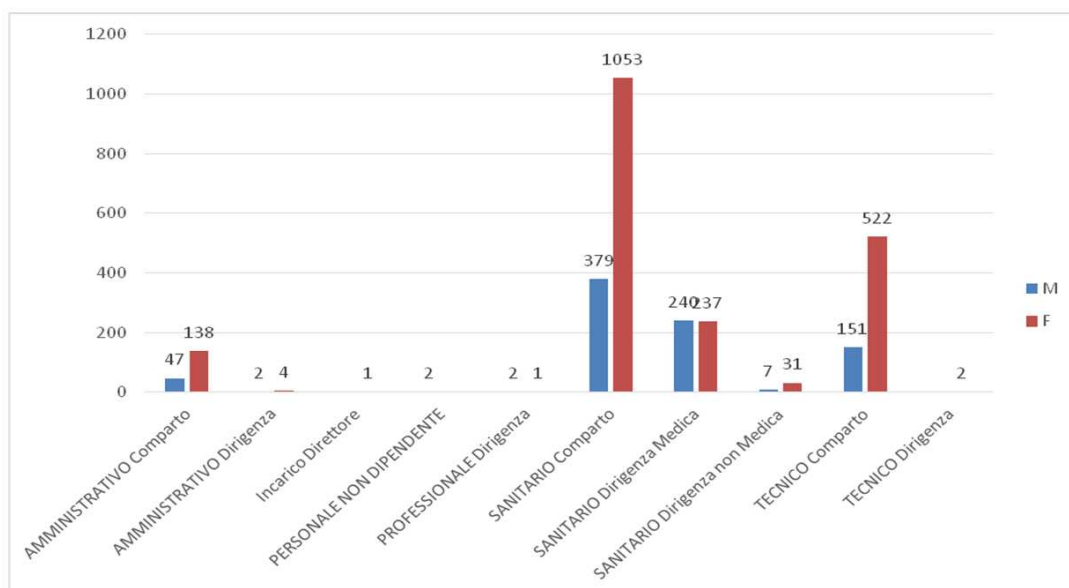
Il Dipartimento ad Attività Integrata è una struttura di coordinamento aziendale, sovraordinata rispetto alle Strutture Complesse e Semplici relativamente agli aspetti gestionali; esso è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità ma tra loro indipendenti, mantenendo la propria autonomia e responsabilità in ordine agli aspetti clinico-assistenziali.

I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) dell’AOU Senese sono attualmente dieci, ovvero:  
 DAI CARDIO - TORACO - VASCOLARE,  
 DAI delle SCIENZE CHIRURGICHE,  
 DAI INNOVAZIONE, SPERIMENTAZIONE E RICERCA CLINICA E TRASLAZIONALE,  
 DAI di EMERGENZA-URGENZA e dei TRAPIANTI,  
 DAI delle SCIENZE RADIOLOGICHE,  
 DAI delle SCIENZE MEDICHE,  
 DAI delle SCIENZE NEUROLOGICHE E MOTORIE,  
 DAI ONCOLOGICO,  
 DAI della SALUTE MENTALE e degli ORGANI DI SENSO,  
 DAI della DONNA e dei BAMBINI.

Sono organi dell’Azienda il Direttore Generale, il Collegio Sindacale e l’Organo di Indirizzo. Il Direttore Generale è coadiuvato, nell’esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

Nella tabelle e grafici sottostanti sono riportati i dati della Dotazione Organica dell’AOU Senese al 31.12.2022

Posizione Lavorativa	M	F	Totale complessivo
AMMINISTRATIVO Comparto	48	143	191
AMMINISTRATIVO Dirigenza	2	5	7
Incarico Direttore		2	2
PERSONALE NON DIPENDENTE	1		1
PROFESSIONALE Dirigenza	2	1	3
SANITARIO Comparto	367	1061	1428
SANITARIO Dirigenza Medica	234	246	480
SANITARIO Dirigenza non Medica	8	32	40
TECNICO Comparto	147	493	640
TECNICO Dirigenza		2	2
<b>Totale complessivo</b>	<b>809</b>	<b>1985</b>	<b>2794</b>



Posizione lavorativa	Etichette di colonna		Totale complessivo
	M	F	
BIOLOGI	2	13	15
CAT.DS COLL.PROF.SANIT.ESPERTO (INFERM.)	7	17	24
CAT.DS COLL.PROF.SANIT.ESPERTO (RIABIL.)		1	1
CAT.DS COLL.PROF.SANIT.ESPERTO (SANIT. )	2	24	26
CATEGORIA A - (AUSILIARIO SPECIALIZZATO)	5	43	48
CATEGORIA A - (COMMESSE)	2		2
CATEGORIA B - (COADIUTORE AMM/VO)	13	32	45
CATEGORIA B - (OPER.TEC.ADDETTO ASSIST.)	6	10	16
CATEGORIA B - (OPERATORE TECNICO)	27	18	45
CATEGORIA B <sub>5</sub> - (COADIUTORE AMM.ESPERTO)	2	9	11
CATEGORIA B <sub>5</sub> - (OPERATORE SOCIO SANIT.)	87	404	491
CATEGORIA B <sub>5</sub> - (OPERATORE TECN.SPECIAL.)	3	2	5
CATEGORIA C - (PERSONALE AMMINISTRATIVO)	14	45	59
CATEGORIA C - (PERSONALE TECNICO)	11	8	19
CATEGORIA D - (ASSISTENTE SOCIALE (ex C)		1	1
CATEGORIA D - (COLLAB.AMM. PROF.)	12	45	57
CATEGORIA D - (COLLAB.TECN.PROF.)	7	6	13
CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. (Inf. ex C)	279	848	1127
CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. (Riab.ex C)	8	24	32
CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. (Tec. ex C)	70	144	214
CATEGORIA D - COLL.PROF.SAN. (Vig. ex C)	1	3	4
CATEGORIA D <sub>5</sub> - (COLLAB.AMM/VO PROF.ESP.)	5	12	17
CATEGORIA D <sub>5</sub> - (COLLAB.TECN.PROF.ESP)	1	1	2
DIRETTORI	1		1
DIRETTORI AMMINISTRATIVI	2	5	7
DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE	3	3	6
DIRIGENTE TECNICO (GEN.)		1	1
FARMACISTI	1	10	11
FISICI	1	3	4
Incarico Direttore		2	2
INGEGNERI	2	1	3
MEDICI	232	246	478
ODONTOIATRA	2		2
PSICOLOGI	1	3	4
STATISTICO		1	1
<b>Totale complessivo</b>	<b>809</b>	<b>1985</b>	<b>2794</b>

## Il Punto di Ascolto

Ai fini di migliorare il clima lavorativo e la qualità della vita dei Dipendenti è stato istituito con delibera n. 659 del 26-07-2019 un Centro di Ascolto, quale strumento che operi per la promozione della salute psicofisica individuale, del benessere organizzativo e di contrasto per qualsiasi forma di discriminazione, oltre che come strumento di prevenzione e contenimento dello stress lavoro correlato e dei rischi psicosociali, con i seguenti obiettivi:

- Promuovere l'emergere di risorse personali per affrontare situazioni di disagio e criticità

- Analizzare e leggere la propria esperienza di disagio al fine di coglierne gli elementi causali soggettivi, organizzativi e relazionali al fine di individuare azioni future per prevenire e fronteggiare situazioni di disagio
- Elaborare soluzioni per conciliare esigenze di vita ed esigenze di lavoro, individuando le migliori strategie per affrontare e risolvere l'eventuale situazione di criticità (coping)
- Facilitare le relazioni e l'integrazione delle differenze tra le risorse umane del gruppo di lavoro per valorizzare lo scambio e raggiungere la migliore collaborazione possibile
- Contenere il rischio di esclusione psico-sociale e dei conflitti offrendo, tra le altre possibilità, la mediazione tra le persone coinvolte
- Accompagnare le persone a riflettere sul proprio patrimonio di risorse, qualità, capacità e competenze per aggiungere una consapevolezza del proprio valore professionale (bilancio delle competenze)

## **Il ruolo dei Comitati di Partecipazione**

Il PNA raccomanda alle amministrazioni e ai soggetti interessati dall'adozione di misure di prevenzione della corruzione, di curare la partecipazione attiva dei cittadini, nella elaborazione e nell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, anche attraverso forme comunicative mirate e strutturate, in una logica di sensibilizzazione dei cittadini alla cultura della legalità.

L'Azienda Ospedaliera universitaria Senese, in applicazione delle norme regionali in materia, attua costantemente forme di consultazione e collaborazione istituzionale in particolare con il Comitato di Partecipazione Aziendale.

Il Comitato è costituito da rappresentanti di Associazioni di Volontariato e di Tutela che hanno sottoscritto un protocollo di intesa con l'Azienda e che sono in possesso dei requisiti previsti dalla legge regionale 75 del 2017, in particolare l'iscrizione ai registri regionali, l'assenza di interessi finanziari e la gratuità dell'opera prestata.

Il Comitato persegue la partecipazione alla programmazione sanitaria locale, la tutela dei diritti dei cittadini e la valutazione della qualità dei servizi, è un luogo di confronto e di comunicazione tra le Associazioni e l'Azienda dove vengono discussi temi come la partecipazione, l'accoglienza, l'informazione, la pubblica tutela, l'appropriatezza, le indagini di soddisfazione, l'umanizzazione e il miglioramento della qualità dei servizi forniti dall'Azienda.

Il Comitato assolve le funzioni di consultazione, proposta e verifica in raccordo con l'Ufficio relazioni con il pubblico e l'Ufficio qualità; collabora inoltre con l'Azienda alla realizzazione di interventi volti al miglioramento dell'accoglienza e dei processi informativi e comunicativi tra l'Azienda e cittadini.

Il Comitato si occupa del monitoraggio delle condizioni di accesso e fruibilità dei servizi sanitari, propone azioni di miglioramento, suggerisce interventi strategici correttivi e dà pareri obbligatori ma non vincolanti alla Direzione Aziendale su alcuni argomenti specifici tra cui la Carta dei Servizi, la Conferenza dei Servizi, la qualità e quantità delle prestazioni erogate, la rispondenza ai bisogni degli utenti, l'efficacia e l'adeguatezza delle informazioni fornite all'esterno.

Il Comitato collabora con l'Azienda alla stesura e alla costruzione dei Piani aziendali e dei PTDA (Percorsi diagnostico terapeutico assistenziali), al loro monitoraggio e alla valutazione degli esiti

Il Comitato è organo consultivo della Direzione Aziendale. Ne fanno parte, quali rappresentanti dell'Azienda Ospedaliera, il Direttore Generale (o un suo delegato) e il Responsabile dell'URP (o un suo delegato) ed è composto attualmente dai rappresentanti delle seguenti associazioni:

- AIDO - Associazione Italiana Donatori di Organi
- AIL – Associazione Italiana Leucemie
- AIMAKU – Associazione Italiana Malati di Alcaptonuria

- AIPA – Associazione Italiana Psicologia Analitica
- AISM – Associazione Italiana Sclerosi Multipla
- AMICI DEL CUORE
- ANED – Associazione Nazionale Emodializzati
- AUSER – Associazione di volontariato per l’autogestione dei servizi sanitari agli anziani
- ATL – Associazione Toscana contro le leucemie ed i tumori dei bambini
- AVO - Associazione Volontari Ospedalieri
- CAV – Centro Aiuto alla vita
- CITTADINANZA ATTIVA
- COCCINELLE
- DIABETICI
- DONNA CHIAMA DONNA
- FEDERCONSUMATORI
- LIBERA – Nomi e Numeri contro le Mafie
- LE ORME – Organizzazione non Lucrativa di Utilità Sociale
- PREVENZIONE CARCINOMA COLON RETTALE
- PROFONDI RESPIRI
- SERENA – Aiuto Donne Operate al Seno
- SIENA CUORE

Il Comitato svolge, attraverso delegazioni ristrette e dietro autorizzazione dell'Azienda, attività di visita dei vari reparti producendo di volta in volta dettagliati report che contengono valutazioni e proposte e che sono trasmessi alla Direzione Generale.

Per consentire l'approfondimento di specifiche tematiche il Comitato si avvale di appositi Gruppi di lavoro “tematici”: Liste di attesa, Comunicazione esterna, Trasparenza. Quest'ultimo si occupa in particolare delle materie connesse al PTPCT ed ha iniziato una specifica collaborazione con la consultazione specifica in occasione della redazione del presente Piano. Di recente un Gruppo di lavoro ha iniziato un'attività di ricerca sui reclami aziendali per l'individuazione di aspetti gestionali e/o organizzativi di interesse generale, da integrare con le risultanze dei reclami di II° livello trattati dalla Commissione Mista Conciliativa di cui fa parte la rappresentanza del Comitato..

#### Suggerimenti del Comitato di Partecipazione

Come Comitato di Partecipazione siamo molto interessati a presidiare alcuni temi/processi, che sono parte integrante del Piano e che hanno un impatto, sia in termini di funzionalità che di servizi, con la cittadinanza di riferimenti di questa struttura Ospedaliera.

1. Monitoraggio e controllo sull’appropriatezza delle percentuali dell’attività intra moenia di ciascun professionista rispetto a quella ordinaria ordinaria e che queste non superino quanto previsto dalle norme interne (attività ordinaria non inferiore a quella privata). Ed anche all’utilizzo delle apparecchiature e delle strumentazioni dell’Azienda così come del personale addetto. Sarà da valutare, inoltre, le liste d’attesa delle visite ordinarie del professionista/reparto al fine di assicurare una maggiore flessibilità nel rapporto visite ordinarie vs. intramoenia. Non è accettabile che, con personale ed apparecchiature dell’Azienda, l’intra moenia debba scavalcare l’attività ordinaria. L’intra moenia è nata per dare la possibilità ai cittadini di scegliere un professionista nel quale riporre la propria fiducia e non per poter scavalcare le liste di attesa.
2. Controllo degli appalti, delle ditte partecipanti, degli eventuali interessi che possano coinvolgere personale dell’Azienda. Un controllo capillare farà sì che tutti i processi vengano controllati e valutati, evitando che vengano aggiudicati appalti sempre alle solite ditte, magari favorite da uno o l’altro dei professionisti.

3. Controllo dell'Obitorio e del coinvolgimento delle ditte di Pompe Funebre che vengono inserite nelle liste proposte ai familiari, con un'attenzione particolare, anche in questo caso a rapporti non corretti con dipendenti. Crediamo sia comprensibile come sia importante che, in momenti particolarmente difficili per i familiari dei deceduti, il sistema tuteli la correttezza di tutti i procedimenti
4. Monitoraggio liste di attesa in tutti gli ambiti sempre in funzione dell'appropriatezza dei servizi. Come abbiamo già detto la correttezza delle liste di attesa è direttamente legato anche all'attività in intra moenia, occorre controllare l'attività degli operatori sanitari, professionisti, tecnici ecc., è necessario monitorare gli orari ed i tempi di apertura degli ambulatori, il numero dei pazienti, il reale uso delle sale operatorie e soprattutto anche la congruità degli interventi controllando che non vi siano sale che rimangono inattive o interventi che potrebbero benissimo essere effettuati senza occupare sale chirurgiche.
5. Controllo dei reclami dei cittadini, compresi quelli risolti direttamente dall'URP e che non vanno in CMC, per capire se alcuni reparti hanno un numero maggiore di reclami e se sono riferiti genericamente ai reparti o ai singoli operatori o professionisti. Poiché molti reclami riguardano i comportamenti dei singoli operatori, è necessario controllare con attenzione i comportamenti sia dei singoli che dei reparti per far sì che tutti i cittadini possano avere lo stesso tipo di accoglienza e di rispetto
6. Controllo e monitoraggio degli eventi sentinella ed anche di tutti quegli eventi che non sfociano in eventi avversi, quindi con danno per i pazienti fino ad arrivare alla morte, ma che costituiscono la spia di un problema che potrebbe essere organizzativo o di colpevole mancanza dell'applicazione delle raccomandazioni in materia del GRC (Gruppo Rischio Clinico). Il GRC da molti anni si batte per far sì che coloro che commettono errori non vengano accusati e stigmatizzati, ma che si usino gli errori altrui per comprendere le cause che li hanno generati e far sì che non si ripetano più. Quindi gli errori, anziché essere nascosti, devono essere palesati per permettere a tutti di evitare di commetterli. Purtroppo anche in questo campo non esiste molta sensibilità e continua a perdurare la tendenza a nascondere gli errori commessi, con il rischio che un errore che una prima volta non ha generato gravi conseguenze se non palesato, possa causare danno grave o morte in un futuro.
7. Una particolare attenzione per tutto ciò che concerne il conflitto di interessi in tutti gli ambiti che abbiamo precedentemente indicato, ovviamente nel pieno rispetto della privacy dei singoli. Il conflitto di interesse spesso si annida nelle pieghe più nascoste ed è difficile individuarlo, nonostante questo, farlo emergere deve essere un obiettivo importante e primario
8. La formazione del personale con un auspicabile coinvolgimento e collaborazione del Comitato come avviene per la formazione del GRC

Tutto questo anche in funzione della valutazione del PTPC da parte dell'ANAC in merito alla resistenza dei responsabili degli uffici a partecipare ad una corretta mappatura dei processi

Un cenno a parte merita la **Commissione Mista Conciliativa (CMC)** che è composta di tre rappresentanti delle associazioni di volontariato e tutela, tre referenti dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese e un Presidente. Ha come compito discutere e risolvere i casi segnalati dai cittadini o dagli operatori sanitari.

L'utente può chiedere alla CMC il riesame del reclamo qualora la risposta dell'Azienda non sia ritenuta soddisfacente. Nel Sito pubblico sezione Amministrazione trasparente è consultabile il Regolamento di accesso. I compiti della Commissione:

Riesaminare i casi oggetto di esposto o segnalazione qualora l'utente si sia dichiarato motivatamente insoddisfatto della decisione del Direttore Generale in merito agli esposti;

- Esaminare i casi per i quali l'Ufficio Relazioni con il Pubblico non abbia dato risposta entro il termine di 90 giorni;
- Esaminare i fatti oggetto di esposto o segnalazione per i quali l'URP abbia ritenuto, con adeguata motivazione, di non essere in grado di proporre alcuna risposta al Direttore Generale.



### **3. LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

#### **Il modello di gestione del rischio**

L'allegato 1 al P.N.A. 2013 e i successivi aggiornamenti elaborati da ANAC forniscono indicazioni non vincolanti alle amministrazioni pubbliche per una corretta gestione del rischio, tramite adozione del PTPCT, suggerendo un preciso percorso attuativo. I successivi PNA hanno sostanzialmente confermato tale modello integrandolo come segue.:

Il concetto di "rischio" in ambito sanitario, nell'accezione tecnica del termine, è prevalentemente correlato agli effetti prodotti da errori che si manifestano nel processo clinico assistenziale. In questo senso, *«la sicurezza del paziente consiste nella riduzione dei rischi e dei potenziali danni riconducibili all'assistenza sanitaria a uno standard minimo accettabile»*. Il concetto di "rischio" in ambito sanitario è posto direttamente in relazione con il rischio di corruzione.

Così inteso, il concetto di rischio sanitario è strettamente connesso al concetto di Risk management che, attraverso la conoscenza e l'analisi dell'errore, perviene all'individuazione e alla correlazione delle cause che lo hanno determinato, fino al monitoraggio delle misure atte alla prevenzione, e all'implementazione e sostegno attivo delle soluzioni individuate. Non è escluso, inoltre, che il rischio in ambito sanitario sia la risultante di comportamenti di maladministration in senso ampio.

Con l'adozione del "risk management" quale modello operativo di controllo della corruzione, si intende quindi attuare un processo ciclico condotto ai diversi livelli dell'organizzazione aziendale, finalizzato a identificare potenziali eventi rischiosi, di diversa natura, la cui manifestazione possa ostacolare il raggiungimento degli obiettivi prefissati quali:

- Concentrare l'attenzione su una logica preventiva della corruzione e non solo repressiva;
- Agire nell'ambito del miglioramento continuo coniugando le logiche e le strategie di prevenzione del rischio corruzione;
- Facilitare il processo accertativo utilizzando un modello comune di gestione del rischio in sanità, conosciuto e già applicato alla gestione del rischio clinico.

#### **Mappatura dei processi: un nuovo percorso condiviso**

Il contesto interno Aziendale, sul quale si è basata l'attività di analisi dei processi, è stato fortemente influenzato a partire dal 2017 da una rilevante riorganizzazione aziendale, come già ampiamente descritta nella prima parte del Piano. Tale riorganizzazione, ha determinato la necessità di riprendere in mano l'analisi dei processi al fine di individuare misure specifiche di prevenzione del rischio maggiormente attinente all'organizzazione che si andava delineando. Nel corso del 2018 è stata svolta un'operazione di "assessment" sulla qualità dell'analisi della mappatura dei processi, che si è rivelata particolarmente utile perchè ha consentito di capire che la fase di mappatura propedeutica al trattamento del rischio presentava delle criticità in termini di chiarezza, comprensione ed analisi. E' emersa pertanto la necessità di un'attenta ricognizione e approfondimento dell'analisi dei processi e delle relative misure di carattere specifico.

Quest'operazione di "assessment" sulla qualità delle mappature e sulle misure di prevenzione e dei relativi indicatori (valori "in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti"), ha reso indispensabile utilizzare in maniera ancora più stringente e fattiva i criteri di mappatura di completezza ed analiticità anche al fine di rendere più omogeneo il linguaggio e la metodologia utilizzata. Per far fronte a questa problematica, è stato attivato a partire dal secondo semestre 2018, un sistema di mappatura dei processi maggiormente basato sulla condivisione dei percorsi e processi individuati in sede di coordinamento regionale degli RPCT piuttosto che sulla quantità, in modo tale che l'analisi del processo fosse più analitica e maggiormente approfondita, tale da focalizzare l'attenzione sull'attuazione di misure possibili, realistiche, fattibili e scadenze a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione, al fine di

consentire una, per così dire, “ personalizzazione” della strategia di prevenzione per evitare che le misure indicate rimangano soltanto una previsione astratta.

E’ prevista, con inizio a Febbraio 2022 e completamento a inizio 2023, un nuovo ambito di applicazione dell’analisi delle Aree di Rischio, il cui scopo è quello di giungere ad attuare la ricognizione e la mappatura delle Aree di rischio che riguardano l’Area Amministrativa, in particolare i Procedimenti Amministrativi.

La mappatura dei rischi riguarderà 4 aree amministrative:

Area A: acquisizione e progressione del personale

Area B: affidamento di lavori, servizi e forniture

Area C: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Area D: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Nel corso del 2022 sono stati realizzati gli strumenti di analisi, ed è stata avviata la somministrazione delle schede di mappatura; l’Ufficio del RPCT ha fornito supporto ai Responsabili UO (o loro delegati) nella compilazione delle schede di Mappatura. Al termine della raccolta delle schede (Inizio 2023), verranno analizzati i dati, e verrà redatto un report finale, contenente un resoconto dettagliato dei risultati emersi nonché la definizione degli eventuali interventi correttivi da attuare.

#### **4. IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO**

Sono misure generali di contenimento del rischio corruttivo;

- I Codici di comportamento
- La mappatura delle aree di rischio
- La gestione del conflitto d’interesse
- La gestione degli incarichi e delle nomine
- La gestione degli acquisti
- Il *Whistleblowing*
- La Formazione
- La Rotazione del personale
- La Gestione ed il monitoraggio degli incarichi post-employment
- I soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

L’efficacia del modello di gestione del rischio dipende non solo dall’accuratezza della mappatura dei processi, ma anche dallo svolgimento dei successivi controlli sulla gestione delle misure di trattamento dei rischi di corruzione con modalità organiche e capillari. Il PTPC definisce processo, attori e modalità di gestione delle Segnalazioni.

Vengono individuati i seguenti requisiti delle misure:

- Presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici pre-esistenti sul rischio individuato e sul quale si intende adottare misure di prevenzione della corruzione. Al fine di evitare la stratificazione di misure che possono rimanere inapplicate, si rappresenta che, prima dell’identificazione di nuove misure, è necessaria un’analisi sulle eventuali misure previste nei Piani precedenti; in caso di misure già esistenti e non attuate, la priorità è la loro attuazione, mentre in caso di inefficacia occorre identificarne le motivazioni al fine di modificare/integrare le misure/i controlli esistenti.

- Capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio, ossia “i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione” e che consentono “di individuare le misure specifiche

di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi". L'identificazione della misura di prevenzione deve essere considerata come una conseguenza logica dell'adeguata comprensione dei fattori abilitanti l'evento rischioso.

- Sostenibilità economica e organizzativa delle misure. L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte delle amministrazioni. Se fosse ignorato quest'aspetto, i PTPCT finirebbero per essere poco realistici e quindi restare inapplicati. D'altra parte, la sostenibilità organizzativa non può rappresentare un alibi per giustificare l'inerzia organizzativa rispetto al rischio di corruzione.

- Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione. L'identificazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione. Per questa ragione, i PTPCT dovrebbero "personalizzare" la strategia di prevenzione della corruzione sulla base delle esigenze peculiari di ogni singola amministrazione.

- Gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo. Nel definire le misure da implementare occorrerà tener presente che maggiore è il livello di esposizione dell'attività al rischio corruttivo non presidiato dalle misure già esistenti, più analitiche e robuste dovranno essere le nuove misure.

- Rotazione ordinaria e straordinaria del personale/dei dirigenti. Vincoli alla rotazione: Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva attinenti al rapporto di lavoro e a vincoli di natura oggettiva, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione.

Vincoli soggettivi: Le amministrazioni sono tenute ad adottare misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente. Vincoli oggettivi: La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento. Occorre tenere presente, inoltre, che sussistono alcune ipotesi in cui è la stessa legge che stabilisce espressamente la specifica qualifica professionale che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti

- Importanza della formazione Aziendale. La formazione è una misura fondamentale per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione. Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può contribuire a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività. Si tratta, complessivamente, attraverso la valorizzazione della formazione, dell'analisi dei carichi di lavoro e di altre misure complementari, di instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze, che possano porre le basi per agevolare, nel lungo periodo, il processo di rotazione.

In una logica di formazione dovrebbe essere privilegiata una organizzazione del lavoro che preveda periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività, con un altro operatore che nel tempo potrebbe sostituirlo. Così come dovrebbe essere privilegiata la circolarità delle informazioni attraverso la cura della trasparenza interna delle attività, che, aumentando la condivisione delle conoscenze professionali per l'esercizio di determinate attività, conseguentemente aumenta le possibilità di impiegare per esse personale diverso.

## **5. LE MISURE GENERALI: ELEMENTI ESSENZIALI**

### **Codice di comportamento AOUS**

Il Nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti dell'AOUS, redatto e pubblicato in Amministrazione Trasparente – Atti generali, a seguito dell'entrata in vigore del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, è pubblicato anche nell'Intranet aziendale in uno spazio ben visibile e facilmente consultabile e scaricabile. All'atto della sottoscrizione del contratto individuale di lavoro è consegnato in copia cartacea a ciascun nuovo assunto che ne sottoscrive la ricezione. I contenuti del Codice vengono diffusi e approfonditi nel corso di formazione aziendale per neoassunti, che ciclicamente si ripete nell'anno solare. Le ore del corso dedicate alla trattazione dei doveri del dipendente dell'AOUS sono 2, su un totale complessivo di 4. Alla luce della riorganizzazione aziendale che

ha configurato nuovi livelli di responsabilità, principalmente in merito alle funzioni cliniche e assistenziali e dei nuovi indirizzi riferiti all'etica del comportamento del dipendente pubblico che derivano dalle norme in tema di contrasto alla corruzione, appare necessario procedere ad un aggiornamento del suddetto Codice di Comportamento, principalmente per quanto riguarda:

- L'impegno etico dei professionisti nel rispetto delle norme disciplinari e deontologiche
- L'impegno dei Dirigenti
- L'obbligo di segnalazione degli illeciti rilevati nel contesto lavorativo
- Gli obblighi connessi con il conflitto d'interesse
- Il rispetto dell'obbligo formativo
- La collaborazione con il RPCT

Obiettivi del nuovo Codice di Comportamento:

- Vincolare i comportamenti individuali descrivendo in maniera dettagliata, specifica e inequivocabile il comportamento atteso dall'organizzazione
- Guidare la performance individuale del dipendente pubblico
- Definire in maniera puntuale i comportamenti attesi in relazione alle specifiche attribuzioni della dirigenza e del Comparto
- Definire al meglio il profilo sanzionatorio raccordandolo con il codice disciplinare

### **Il conflitto di interessi**

Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un dipendente/collaboratore/consulente e soggetti - persone fisiche o giuridiche - che possa risultare di pregiudizio per l'Azienda con conseguente perdita di fiducia nei confronti della stessa

Tutti i dipendenti e collaboratori sono tenuti, nei loro rapporti esterni con clienti e fornitori, a curare gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

Le situazioni di conflitto d'interesse devono essere resi noti con immediatezza con dichiarazione scritta da inviarsi al Dirigente di afferenza, il quale dispone le opportune misure organizzative per la gestione del conflitto nel rispetto delle disposizioni del Codice di comportamento dei Dipendenti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. Per i dipendenti che operano nei settori e/o attività esposte alla corruzione sono allo studio le opportune misure di rotazione.

L'ambito della Formazione sponsorizzata dei professionisti dell'Azienda ospedaliera Universitaria Senese è presidiata attraverso il rispetto delle DGRT 113/2016 1284/2017 e della P.A S.MF.PO.09, regolarmente pubblicata nell'intranet aziendale. I nominativi dei professionisti che fruiscono individualmente della formazione sponsorizzata, sono comunicati trimestralmente ad Estar ai fini della composizione dei collegi e delle commissioni di gara.

Il rilascio di pareri, nulla osta, autorizzazioni allo svolgimento di attività extra impiego è stato regolamentato con specifico regolamento di cui alla Deliberazione n.650 del 7/11/2014 (Regolamento aziendale in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi e attività extraistituzionali ai sensi dell'art.53 del D.Lgs. 165/2001 come modificato dalla Legge n.190/2012.)

L'importanza della materia, anche alla luce delle rilevanti implicazioni potenzialmente atte ad inficiare, o comunque ostacolare il regolare svolgimento delle procedure di appalto destinate al soddisfacimento delle necessità di approvvigionamento delle Aziende Sanitarie del SNR, è stata la ragione per cui l'Ufficio del RPCT ha provveduto ad una costante attività di supporto e consulenza nei confronti dei professionisti chiamati a partecipare a collegi e commissioni, nonché alla realizzazione di due eventi formativi in aula: "Le procedure aziendali anticorruzione in previsione della partecipazione a collegi tecnici e commissioni di gara" e "Le recenti

normative sul Nuovo codice degli Appalti”. E’ inoltre prevista per il triennio 2012-2024 l’integrazione di tali tematiche con l’offerta formativa già presente in FAD.

Il RPCT su richiesta dei Professionisti, svolge anche attività di consulenza e informazione in tema di incompatibilità, comprese le problematiche legate alla sponsorizzazione da parte ditte commerciali in campo sanitario. Tale attività assume molta importanza al fine della implementazione di una cultura sulla tematiche dell’Anticorruzione e della Trasparenza (Principio di Legalità).

Nel corso del 2022 è stato redatto, da parte del Coordinamento Regionale dei RPCT il Regolamento sulla gestione del conflitto di interessi, contenente anche tutti i fac-simile delle dichiarazioni e dei documenti inerenti, con finalità di omogeneizzazione su tutto il territorio toscano. Tale atto, nel corso del 2023, verrà adottato anche dall’AOUS (dopo aver effettuato i necessari adattamenti al proprio contesto previsti)

### **Inconferibilità ed incompatibilità di Incarichi**

Per quanto riguarda la incompatibilità e inconferibilità degli incarichi, l’AOUS ha redatto un apposito modulo da parte dell’Ufficio Politiche e Gestione Risorse Umane che viene compilato obbligatoriamente da parte dei Dipendenti contrattualizzati nuovi assunti. Ciò al fine di dichiarare se al momento dell’assunzione dell’incarico, occupano posizioni lavorative incompatibili con l’attività pubblica presso l’AOUS. Il modulo, una volta compilato, viene inviato al RPCT ed all’Ufficio di supporto, al fine di svolgere una attività di verifica e controllo. Tale attività viene svolta in continua collaborazione con l’ Ufficio Politiche e Gestione Risorse Umane. Sempre in riferimento a tale capitolo, essenziale è l’attività svolta dall’Ufficio in riferimento alle richieste di svolgimento di attività non ricomprese nei compiti stabiliti contrattualmente, ma che sono compatibili con l’attività professionale del professionista come per esempio la partecipazione in qualità di componente della Commissione istruttoria e della Commissione aggiudicatrice. La partecipazione di tali professionisti sanitari o dei professionisti che a vario titolo per competenza svolgono la propria attività all’interno dell’AOUS, trovano la loro ragione giuridica all’interno del sistema di partecipazione con altri professionisti di altre aziende alla individuazione e all’acquisto degli obiettivi di cui alla gara di appalto.

### **Incarichi extraistituzionali**

In riferimento agli incarichi extra-istituzionali, il RPCT riceve in maniera sistemica tutte le richieste di incarichi di consulenza al fine di verificare l’assenza o meno del Conflitto di Interesse. Le richieste che giungono all’Ufficio Politiche e Gestione del Personale sono redatte su apposito modulo, con le indicazioni dei soggetti di natura giuridica pubblico privata presso i quali l’interessato dovrebbe svolgere l’attività richiesta di cui all’oggetto. Tale modulo deve precedere rigorosamente l’eventuale conferimento di incarico di consulenza.

Stante la normativa ANAC, la dichiarazione di sussistenza o meno del conflitto di interesse è passaggio giuridico obbligatorio, che insiste in capo al professionista richiedente.

L’analisi del conflitto di interesse viene operata dal RPCT e dall’Ufficio, il quale emette un parere circostanziato autorizzativo o meno in riferimento all’oggetto della richiesta. Il parere espresso dal RPCT è vincolante per l’AOUS, ma il professionista cui è stata negata l’autorizzazione contro tale parere, adire per vie legali.

### **Il pantouflage**

L’art. 1, comma 42, lett. l) della legge anticorruzione (L.190/2012) ha aggiunto all’articolo 53 del D.lgs. n. 165/2001 il comma 16 ter, il quale prevede che *“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1 comma 2 non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri”*. Si tratta di un vincolo, valido per tutti i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle P.A., che impedisce di poter svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. Alla base di tale divieto si ravvisa il principio costituzionale di trasparenza, imparzialità, buon andamento e di quello che impone

ai pubblici impiegati esclusività del servizio a favore dell'Amministrazione. Il divieto di pantouflage o revolving doors intende prevenire uno scorretto esercizio dell'attività istituzionale da parte del dipendente pubblico, e si pone l'obiettivo di evitare situazioni di conflitto d'interessi. In particolare, l'intenzione del legislatore, come chiarito dall'Autorità Nazionale Anti Corruzione è quella di contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Trattasi di un *divieto finalizzato* ad evitare che il "dipendente pubblico" possa sfruttare la conoscenza delle dinamiche organizzative che connotano gli uffici interni della pubblica amministrazione al fine di trarre vantaggi di natura patrimoniale o non patrimoniale.

L'ANAC, mediante delibera n.99 del 8 febbraio 2017 richiama, in primo luogo, l'art. 21 del D.lgs. 39/2013 chiarisce che *"sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al presente decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. Tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico"*. Pertanto, anche in materia di inconfirmità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico si applica l'articolo 53 comma 16 ter del d. Lgs.n. 165/2001. Viene, inoltre affermato che, con riferimento ai dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, tale definizione è riferita sia a coloro che sono titolari del potere (soggetti apicali nell'organizzazione) sia ai dipendenti che pur non essendo titolari di tali poteri, collaborano al loro esercizio svolgendo istruttorie (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente.

E' stata altresì evidenziata la necessità di dare un'interpretazione ampia della definizione dei soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri (autoritativi e negoziali), presso i quali i dipendenti, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, non possono svolgere attività lavorativa o professionale. A tal riguardo è stato chiarito che occorre ricomprendere in tale novero anche i soggetti formalmente privati ma partecipati o in controllo pubblico, nonché i soggetti che potenzialmente avrebbero potuto essere destinatari dei predetti poteri e che avrebbero realizzato il proprio interesse nell'omesso esercizio degli stessi. Inoltre, il divieto deve trovare applicazione anche in relazione al personale che nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con la Pubblica Amministrazione si costituisca nuovo operatore economico e rivesta il ruolo di Presidente del consiglio di amministrazione partecipando alle gare indette dall'amministrazione presso la quale abbia svolto attività lavorativa.

Nullità dei contratti conclusi in violazione del divieto di pantouflage: la conseguenza della violazione del divieto di pantouflage ricade su contratti conclusi e su incarichi conferiti con la sanzione di carattere civilistico della nullità. L'articolo 53 del D.lgs. n. 165/2001 il comma 16 ter, prevede che *"I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi conferiti"*.

La c.d. clausola di pantouflage: In sede di gara o affidamento incarichi, in particolare, deve essere richiesta dalla Pubblica Amministrazione al soggetto con cui entra in contatto una dichiarazione per garantire l'applicazione dell'art. 53, comma 16-ter, del D. Lgs. n. 165/2001, introdotto dalla legge n. 190/2012. Attraverso tale dichiarazione il destinatario del provvedimento afferma in primo luogo di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e, comunque, di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti, che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei confronti dell'Associazione di cui sopra, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto. Il destinatario del provvedimento dichiara, inoltre, di essere consapevole che, ai sensi del predetto art. 53, comma 16-ter, i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di tali prescrizioni sono nulli e che è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni, con l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

E' in fase di definizione la redazione del Modulo contro il Pantouflage da parte dell'Ufficio Organizzazione e Gestione del Personale, in collaborazione con RPCT e con il Gruppo di supporto, da far firmare al Dipendente al momento della cessazione del rapporto contrattuale con l'AOUS. Tale modulistica, assieme alle relative

Indicazioni Operative, è oggetto di studio e analisi anche da parte del Coordinamento Regionale dei RPCT, di cui il RPCT AOUS fa parte.

## **Formazione**

La formazione assume, nell'ambito dell'attuale quadro normativo in materia di prevenzione della corruzione e della illegalità, un ruolo fondamentale. Un'adeguata attività formativa costituisce uno dei principali strumenti per contenere il rischio dei fenomeni corruttivi intesi anche come *maladministration o malpractice* (particolarmente importante in Sanità) ed è lo strumento privilegiato per rendere fungibili le competenze dei dirigenti, in modo tale da poter realizzare sul lungo periodo la rotazione degli incarichi, quantomeno in alcuni settori delle strutture aziendali. Ferma restando la responsabilizzazione delle amministrazioni e degli enti sulla scelta dei soggetti da formare e su cui investire prioritariamente e la trasversalità della formazione all'interno dell'organizzazione per tutti i soggetti che, seppur con approcci differenziati, partecipano, a vario titolo, alla formazione ed attuazione delle misure di prevenzione, la figura del RPCT e le figure di supporto (referenti, organi di indirizzo, titolari di uffici e di funzioni strategiche, ecc.) sono da considerarsi destinatari prioritari dell'investimento formativo. Sotto il profilo dei contenuti la formazione deve riguardare, anche in modo specialistico, tutte le diverse fasi di costruzione dei PTPC. Sotto il profilo delle modalità didattiche, sono da valorizzare modalità formative secondo la logica della diffusione e implementazione dell'esperienza e delle buone pratiche, da condursi anche sul campo, rivolte sia ai RPCT che alle figure di supporto finalizzate a costruire la consapevolezza e la co-responsabilizzazione degli operatori e dei responsabili delle aree a rischio nelle attività di monitoraggio dei processi e dei procedimenti. La formazione come leva strategica di prevenzione agisce su tutte le dimensioni dell'agire professionale apportando conoscenza competenza e indicando profili comportamentali improntati al rispetto di tutti i principi che devono informare il comportamento del pubblico dipendente. La materia richiede, dal punto di vista normativo, un continuo aggiornamento ed una costante attività di informazione sulle modifiche che intervengono anche più volte nello stesso anno solare. Il confronto tra i dipendenti sulle diverse esperienze adottate nelle strutture, reso possibile in occasione di incontri formativi, ma anche, e soprattutto, nell'attività di analisi e mappatura dei processi, consente di sviluppare modelli omogenei inducendo un'ampia diffusione di buone pratiche e stimolando un clima partecipativo e improntato alla valorizzazione di prassi esemplari.

Il piano di formazione in tema di contrasto alla corruzione integra il piano annuale delle attività formative dell'AOUS ed ha per oggetto la programmazione dei corsi di formazione in qualsiasi modalità realizzati, rivolti al personale, su questo particolare contenuto.

I percorsi formativi, secondo le indicazioni del PNA, sono strutturati come segue:

1. *Livello generale* che coinvolge tutto il personale dipendente AOUS e universitario convenzionato.
2. *Livello specifico* indirizzato al personale che, in ragione dei settori/ambiti di afferenza, delle attività svolte o del ruolo rivestito in AOUS necessita di un aggiornamento costante e di apposita formazione finalizzata alla prevenzione della corruzione. La formazione specifica può assumere all'occorrenza precisi caratteri di formazione manageriale.

Le attività formative sono programmate e monitorate a livello di gradimento e apprendimento, mediante somministrazione di appositi questionari, anche on line e in forma rigorosamente anonima, principalmente al fine di acquisire ulteriori proposte e/o suggerimenti, a conferma dell'importanza rivestita dalla partecipazione condivisa nell'ambito delle strategie di prevenzione della corruzione, di cui la formazione rappresenta una declinazione. Quando rivolti a soggetti con obbligo ECM i corsi saranno accreditati.

<u>Formazione generale</u>	<u>Edizioni/ore</u>	<u>Temi trattati</u>	<u>Partecipanti</u>	<u>Docenza</u>	<u>nota</u>
Corso FAD Prevenzione della Corruzione e dell'illegalità in sanità	2023 (in fase di definizione da parte del Coordinamento Regionale RPCT)	Prevenzione della Corruzione e dell'illegalità in sanità  Il contesto specifico dell'AOUS	Direttori di U.O, Dirigenti aziendali, RES e DEC aziendali e Coordinatori di Linea delle Professioni Sanitarie	Coordinamento Regionale RPCT (parte generale) + Ufficio RPCT AOUS (contesto specifico dell'AOUS)	Il corso verrà erogato dal Formas nel 2023 su iniziativa del Coordinamento Regionale RPCT
La mappatura delle aree di rischio (Provvedimenti amministrativi)	1 edizione 3 ore	La mappatura delle aree di rischio in sanità (Area amministrativa) – La mappatura AOUS 2022	Dipendenti	Interna UFF. RPCT	Il corso concluderà l'attività di mappatura svolta
La prevenzione della corruzione in sanità' - aggiornamenti ANAC codice di comportamento	1 edizione 3 ore(In collaborazione con il Coordinamento regionale RPCT)	Il Codice di comportamento dei Dipendenti pubblici	Dipendenti Comitati di Partecipazione Cittadinanza Cittadini	Interna RPCT AOUS UFFRPCT Componenti Comitato di partecipazione	Il corso si svolgerà nel mese di giugno 2023
Giornata della Trasparenza 2023	1 edizione 4 ore	Da definire (in collaborazione con il Coordinamento Regionale RPCT)	Da definire (in collaborazione con il Coordinamento Regionale RPCT)	Da definire (in collaborazione con il Coordinamento Regionale RPCT)	La giornata si svolgerà indicativamente nel mese di Settembre 2023
La prevenzione della corruzione in sanità'	1 edizione 3ore	Da definire	Da definire	Interna RPCT AOUS UFFRPCT	Il corso si svolgerà nel mese di ottobre 2023
Formazione Universitaria	1 edizione 4 ore	Prevenzione della corruzione e della Trasparenza	1° anno (Anno 2022) CDL infermieristica	Interna Membri Ufficio RPCT	Istituito l' insegnamento "Gestione dei rischi nel SSN" per 1 CFU corrispondente a 16 ore di docenza. Di queste il 40% è dedicato alla trattazione del rispetto delle norme e del codice di Comportamento del pubblico dipendente e al tema dell'integrità

E' in fase di valutazione la realizzazione di specifici corsi di formazione o di attività di informazione aventi ad oggetto la disciplina del Whistleblowing, del Pantouflage e della Inconferibilità ed Incompatibilità di Incarichi, nel corso del 2023.



## Rotazione ordinaria e straordinaria del personale

L'art. 1, co. 5, lett. b) della l. 190/2012, prevede che le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere all'ANAC «*procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari*». Inoltre, secondo quanto disposto dall'art. 1, co. 10, lett. b) della l. 190/2012, il RPCT deve verificare, d'intesa con il dirigente competente, «*l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione*».

Tale misura, detta *Rotazione Ordinaria*, è definita come misura ordinaria, con efficacia preventiva, da utilizzarsi nei confronti del personale che opera in contesti particolarmente esposti a rischio.

Nonostante gli obblighi normativi, la rotazione ordinaria trova difficoltà di applicazione soprattutto nel contesto sanitario ove i ruoli operativi di livello dirigenziale sono caratterizzati da competenze specifiche e scarsamente interscambiabili. Il PNA 2016 e successivamente il PNA 2019 sono intervenuti su tale materia nella sezione dedicata alla Sanità fornendo alle aziende sanitarie, indicazioni generali di tipo organizzativo e di pianificazione strategica, che inducano un percorso virtuoso finalizzato a rendere praticabile la rotazione degli incarichi nell'organizzazione sanitaria, attraverso un'adeguata programmazione nei tempi e nelle modalità, secondo criteri che non vadano a detrimento del principio di continuità dell'azione amministrativa. In particolare, il PNA 2019 (Allegato 2) fornisce precise e preziose indicazioni circa l'inquadramento normativo, l'ambito soggettivo, i vincoli alla rotazione il ruolo della formazione, le misure alternative in caso di impossibilità di rotazione, la programmazione della rotazione e il ruolo del RPCT, la rotazione del personale dirigenziale e non dirigenziale.

Nel PNA la rotazione è vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, accompagnata e sostenuta da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale ove possibile.

Le principali difficoltà tracciate da ANAC sono:

- Il settore clinico sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, e di expertise consolidate,
- Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche, inoltre le figure in grado ruotare sono in numero molto limitato.
- 

Secondo ANAC le aziende sanitarie dovranno porre in essere le condizioni per reperire più professionalità in grado, di volta in volta, di sostituire quelle in atto mediante un processo di pianificazione della rotazione e di una sua graduazione in funzione dei diversi gradi di responsabilità e di accompagnamento attraverso la costruzione di competenze.

La rotazione ordinaria va quindi vista come una condizione prospettica da costruire attraverso la messa a punto di Meccanismi aziendali orientati e collegati ai sistemi di gestione interni all'azienda sanitaria attraverso:

- valutazione delle performance;
- analisi dei potenziali delle risorse umane ovvero del “capitale professionale effettivo” e non quello legato alla rigida attribuzione delle funzioni

Tuttavia la stessa Autorità si sofferma sulle varie figure professionali sottolineandone in via generale la possibilità di rotazione. In particolare, ANAC indica fra il personale a possibile rotazione, quello che pur appartenendo ad una specifica professionalità, assume funzioni di tipo gestionale, quali:

- Direttore di Dipartimento
- Direttori medici di presidio,
- Dirigenti amministrativi su base territoriale
- Farmacisti e le professioni infermieristiche con funzioni di responsabilità e di coordinamento
- Personale non dirigenziale, preposto ad attività afferenti alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione

Ciò premesso e' interesse preminente dell'Azienda studiare a fondo la propria condizione organizzativa per attivare, la dove possibile, il criterio della rotazione. Limiti a tale intenzione derivano principalmente dal mandato istituzionale dell'azienda, che in virtù della propria natura e *mission*, essendo votata all'alta intensità di cura e specializzazione ha al proprio interno figure molto spesso infungibili. I limiti di cui sopra non appaiono insormontabili, mentre sono da mettere in luce i possibili vantaggi derivanti dalla valorizzazione del capitale umano che in un contesto di tipo accademico potrebbero rappresentare una ricchezza di grande portata. A questo riguardo è stato programmato per il 2017 l'avvio di un lavoro di analisi di contesto per valutare le effettive possibilità di rotazione che ha portato alla stesura di un Protocollo di Indirizzo in materia, quale premessa necessaria per l'adozione del Regolamento effettivo inerente la rotazione del personale dirigente e dipendenti collocati in aree a rischio corruzione. Tale analisi, per le difficoltà che presenta in termini di acquisizione di dati certi e strategie di medio lungo periodo, è auspicabile che conduca all'individuazione di protocollo di massima che dovrà avviare un confronto con le Organizzazioni Sindacali e con le rappresentanze professionali. A partire dal 2019 è stata comunque avviata la procedura di rotazione del personale da parte della U.O.C. Assistenza Infermieristica, tramite l'emissione di un bando interno di manifestazione di interesse per la UOC Medicina legale – Obitorio in quanto rientrante tra quei settori maggiormente a rischio corruzione.

La *Rotazione straordinaria*, dettata dal d.lgs. 165/2001, prevede che i dirigenti dispongano con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. Nell'Aggiornamento 2018 al PNA adottato con Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 l'Autorità è tornata sull'argomento sottolineando che "al fine di stabilire l'applicabilità della rotazione straordinaria al singolo caso, l'amministrazione è tenuta a verificare la sussistenza: a) dell'avvio di un procedimento penale o disciplinare nei confronti del dipendente, ivi inclusi i dirigenti, b) di una condotta, oggetto di tali procedimenti, qualificabile come "corruttiva" ai sensi dell'art. 16, co. 1, lett. l-quater del d.lgs. 165/2001. del d.lgs. 165/2001. Quanto al momento del procedimento penale in cui deve essere effettuata la valutazione, l'Autorità ha ritenuto che tale momento potesse coincidere "con la conoscenza della richiesta di rinvio a giudizio (art. 405-406 e segg. Codice procedura penale) formulata dal pubblico ministero al termine delle indagini preliminari, ovvero di atto equipollente (ad esempio, nei procedimenti speciali, dell'atto che instaura il singolo procedimento come la richiesta di giudizio immediato, la richiesta di decreto penale di condanna, ovvero la richiesta di applicazione di misure cautelari)" (Aggiornamento 2018 al PNA). In tal modo, è stato previsto per tutti i dipendenti a tempo determinato e indeterminato (non solo i dirigenti) l'istituto del trasferimento ad ufficio diverso da quello in cui prestava servizio per il dipendente rinviato a giudizio per i delitti richiamati. Le inconferibilità e incompatibilità rientrano in tali misure di natura preventiva.

Le modalità di attuazione di tale misura sono state poi approfondite nella Delibera ANAC 215/2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001". L'ordinamento predispose quindi, con ritmo crescente, tutele, di tipo preventivo e non sanzionatorio, volte ad impedire l'accesso o la permanenza nelle cariche pubbliche di persone coinvolte in procedimenti penali, nelle diverse fasi di tali procedimenti. Dalla disposizione si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

### **Procedura per la segnalazione delle condotte illecite e la Tutela del segnalante (c.d. Whistleblowing)**

La procedura di segnalazione di condotte illecite, nonché l'apposito modulo, sono presenti, in formato elettronico, sia nella sezione Intranet dell'AOUS, sia nella sezione Amministrazione Trasparente; sono inoltre disponibili, in formato cartaceo, presso l'URP. L'argomento del Whistleblowing è stato oggetto di corsi FAD realizzati a partire dal 2017.

E' inoltre utilizzabile il canale comunicativo tra RPCT e dipendenti, tramite indirizzo mail, per richieste di chiarimento, suggerimenti di miglioramento, e altre interlocuzioni. anche in forma anonima purchè accettabili, in modo da contribuire a rendere più chiaro il dovere di segnalazione e il modo di effettuare la segnalazione.

### **Acquisti: ruolo di ESTAR e AOUS**

Il Sistema Sanitario Regionale della Toscana è stato oggetto di un importante cambiamento strutturale (L.R. n. 84 del 28 dicembre 2015), che vede l'accorpamento delle dodici aziende sanitarie locali in tre sezioni territoriali di Area Vasta: *Azienda Usl Toscana Centro*, che riunisce le precedenti aziende dell'area vasta centro: Asl 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze, 11 di Empoli; *Azienda Usl Toscana Nord Ovest*, che riunisce Asl 1 di Massa Carrara, Asl 2 di Lucca, Asl 5 di Pisa, Asl 6 di Livorno, Asl 12 di Viareggio; *Azienda Usl Toscana Sud Est*, che riunisce le Asl 7 di Siena, 8 di Arezzo, 9 di Grosseto. Nulla cambia, invece, per le quattro aziende ospedaliero-universitarie: AOU Careggi, AOU Meyer, AOU Pisana e AOU Senese.

Parallelamente alla profonda evoluzione del servizio sanitario, anche la struttura di erogazione di tutti i servizi tecnici e amministrativi di supporto si è evoluta nell'unico ESTAR (Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale), preposto alla programmazione, gestione e controllo delle attività a supporto delle aziende sanitarie del Sistema Sanitario.

L'ESTAR, istituito con legge regionale n. 26/2014 (che ha modificato la L.R. 40/2005) è ente del servizio sanitario regionale, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica i cui compiti insistono sulle seguenti aree tematiche:

1. approvvigionamento di beni e servizi
2. magazzini e logistica distributiva
3. tecnologie dell'informazione e della comunicazione
4. tecnologie sanitarie
5. procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale
6. processi per il pagamento delle competenze economiche del personale afferente al servizio sanitario regionale
7. gestione delle procedure di gara per la manutenzione, alienazione, concessione e locazione del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie

La funzione Acquisti per le Aziende sanitarie Toscane è svolta tramite il Dipartimento Acquisizione di beni e servizi di Estar che garantisce il presidio dei processi attraverso il coordinamento delle strutture organizzative deputate all'acquisizione dei beni e dei servizi per tutte le aziende e gli enti del servizio sanitario toscano. Il compito del Dipartimento, è quello di uniformare la gestione delle attività del proprio ambito di competenza ai seguenti principi:

- Uniformità regionale dei processi di gara e di monitoraggio della fase esecutiva del contratto; innovazione nell'approvvigionamento e i controllo delle forniture;
- Riduzione dei costi d'acquisto attraverso le economie di scala,
- Recupero di efficienza attraverso una gestione programmata delle attività concordandola e verificandola con le aziende operanti nel servizio sanitario regionale
- Rafforzamento del potere contrattuale della domanda e allargamento e sviluppo della concorrenza all'interno del mercato di riferimento;
- Semplificazione ed informatizzazione della funzione acquisti, privilegiando l'ottimizzazione della produzione documentale e la progressiva dematerializzazione di documenti
- Disciplina dell'attività contrattuale in forma di gara o di acquisto in economia attraverso specifici regolamenti aziendali
- Razionalizzazione dei processi di approvvigionamento e del loro controllo garantendo la trasparenza, l'efficienza, l'efficacia, l'economicità, l'imparzialità e la rapidità dell'azione.

Il Dipartimento si articola in tre Aree di Coordinamento (Servizi e Beni Economici e Arredi, Attrezzature Informatiche e Sanitarie, Farmaci Diagnostici e Dispositivi Medici) a loro volta articolate in unità operative distinte per categorie omogenee di beni/servizi. L'AOUS ai sensi dell'art 101 della legge regionale 40 e smi, procede agli approvvigionamenti sopraccitati tramite ESTAR quale centrale di committenza per approvvigionamenti di beni e servizi compresi i farmaci, tecnologie ICT, tecnologie sanitarie. L'Area Tecnica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese che effettua affidamenti diretti è suddivisa in due unità operative complesse: la UOC Nuove Opere e la UOC Manutenzioni. L'UOC Nuove Opere si occupa di lavori necessari per la ristrutturazione di parti del Presidio ospedaliero; detti lavori sono finalizzati all'adeguamento normativo (accreditamento strutture sanitarie, installazione di nuove apparecchiature, riorganizzazione funzionale, etc.). Per l'esecuzione dei lavori, l'affidamento dei quali avviene attraverso le procedure del D. Lgs. 50/2016, sono affidati, con le medesime modalità, anche degli incarichi professionali relativi ai servizi di architettura ed ingegneria. L'UOC Manutenzioni si occupa di eseguire le manutenzioni ordinarie all'interno dell'Ospedale attraverso un contratto multiservizi (comprendente anche la gestione calore), di manutenzione degli impianti. È in carico all'UOC anche la manutenzione edile, degli infissi e delle finiture. Su mandato della Direzione Aziendale l'UOC Manutenzioni si occupa anche della messa a norma antincendio del presidio. Per l'attività istituzionale anche l'UOC Manutenzioni si trova nella condizione di affidare lavori e servizi di Architettura e Ingegneria con le procedure di cui al D. lgs. 50/2016. Del tutto residuale è l'acquisto di beni Al fine di semplificare e uniformare le procedure aziendali di richiesta di acquisto di beni e servizi da inoltrare ad Estar per l'attivazione delle procedure di gara, si è provveduto a costituire un gruppo di lavoro con il compito di tracciare un percorso unico a livello aziendale.

I flussi informativi verso le Autorità nazionali sono assolti dal RASA, afferente alla UOC Programmazione.

Il PNA 2016 ricorda che "ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della s.a., della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del d.lgs. 50/2016). L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

### **Acquisti sotto i 40.000€**

*Descrizione attività:* Dal 1° Febbraio 2021 AOU Senese ha dato piena esecuzione a quanto disposto dalla DGRT n. 1274/2018 per la gestione delle acquisizioni di beni e servizi di importo inferiore a € 40 mila gestite in autonomia. La Struttura competente è stata individuata all'interno della UOC Gestione Logistica, economica, Contratti e Rapporti con ESTAR. Le funzioni e le attività relative alle acquisizioni di beni e servizi di importo inferiore a € 40 mila gestite in autonomia sono disciplinate nel "Regolamento per affidamenti di forniture di beni e servizi inferiori a € 40.000,00, in applicazione alla delibera di GRT n. 1274/2018" adottato con deliberazione del direttore Generale AOUS n. 114 del 29/01/2021. Le richieste di acquisto sono prese in carico dalla competente struttura afferente la UOC Gestione Logistica, economica, Contratti e Rapporti con ESTAR che gestisce tutte le fasi di istruttoria, redazione degli atti di gara, iter di gara e pubblicazione della procedura su START, aggiudicazione e controlli previsti *ex lege* sull'aggiudicatario.

*La Trasparenza:* Come previsto dalla normativa vigente tutte le procedure di acquisizione di beni e servizi di importo previsto superiore a € 5 mila sono tutte gestite tramite la piattaforma elettronica regionale START, che garantisce in modo pieno il rispetto del principio di trasparenza e conseguentemente dei principi di *par condicio competitorum* e della rotazione dei fornitori. Tramite START sono anche gestite, e quindi tracciate, tutte le comunicazioni tra l'Azienda e gli Operatori Economici. L'Azienda mensilmente adotta un provvedimento di rendicontazione che viene pubblicato, oltre che nell'Albo Pretorio del sito istituzionale aziendale, anche nella Sezione Amministrazione Trasparente, ai sensi del D. Lgs. n. 33/2013 e ss. mm. ii. (Vd. Allegato A).

*Misure Anticorruzione:* Tutte le richieste di acquisizione di beni e servizi seguono un iter proceduralizzato e standardizzato. In prima istanza sono verificate l'effettiva necessità e la modalità dell'acquisizione. Viene individuato il soggetto istruttore, responsabile della redazione delle specifiche tecniche di gara, il quale deve compilare e siglare apposito modello di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. In ottemperanza alla normativa vigente viene individuato un soggetto diverso da quello istruttore, responsabile della valutazione delle offerte pervenute. Anche questo soggetto deve preliminarmente compilare e siglare apposito modello di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi. Inoltre la struttura afferente l' UOC Gestione Logistica, economica, Contratti e Rapporti con ESTAR provvede inoltre ad esperire tutte le verifiche e i controlli sull'aggiudicatario previsti ai sensi dell'art. 80 del D. Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii.

## 6. LA TRASPARENZA

Con l'obbligatorietà della pubblicazione, sui siti istituzionali, delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività della Pubblica Amministrazione e per mezzo dell'accesso civico, la trasparenza è considerata come uno dei migliori strumenti di prevenzione e di lotta alla corruzione e concorre ad attuare i principi di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza, integrità e lealtà verso il cittadino che sono propri della P.A.

### Obblighi di Pubblicazione

L'AOUS assicura i valori dell'imparzialità e del buon andamento dell'Amministrazione aziendale favorendo la migliore conoscenza delle caratteristiche e delle modalità di erogazione dei servizi resi all'utenza e ai portatori d'interesse su scala locale regionale e nazionale. La trasparenza nei confronti dei cittadini e della collettività rappresenta un valido strumento di prevenzione e di lotta alla corruzione, rende visibili i rischi di cattivo funzionamento, facilita la diffusione delle informazioni, delle conoscenze e consente la comparazione fra le diverse Performance sanitarie.

L'elemento centrale della trasparenza è costituito dalla pubblicazione di dati ed informazioni sul sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente". In questo modo, attraverso la pubblicazione *on line*, si offre la possibilità agli *stakeholders*, di conoscere le azioni ed i comportamenti strategici adottati dall'amministrazione, al fine di sollecitarne ed agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento.

La pubblicazione avviene in conformità alle specifiche norme previste dall'allegato A del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Azienda cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere al sito direttamente ed immediatamente, senza autenticazione ed identificazione. La trasparenza si attua dunque attraverso strumenti informatici e telematici e attraverso la rete internet, senza alcun filtro o limitazione all'accesso.

La documentazione oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, deve essere pubblicata per un periodo di 5 anni e rispondere ai seguenti criteri:

- integrità e completezza
- tempestività,
- semplicità di consultazione,
- comprensibilità,
- facile accessibilità,
- conformità ai documenti originali in possesso dell'Azienda,

I dati pubblicati devono essere tempestivamente aggiornati, resi disponibili in formato aperto e riutilizzabili, senza restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e di preservarne l'integrità

Per quanto riguarda le responsabilità e le tempistiche relative agli obblighi di pubblicazione:

- sono stati individuati gli obblighi di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii.: in essa sono indicati sia i nuovi dati la cui pubblicazione obbligatoria è prevista dal d.lgs. n. 33/2013, come modificato dal d.lgs. n. 97/2016 sia quelli che, in virtù di quest'ultimo decreto legislativo, non sono più da pubblicare obbligatoriamente;
- sono identificati gli uffici responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati;
- sono definite le tempistiche per la pubblicazione, l'aggiornamento e il monitoraggio.

Le responsabilità sono indicate con riferimento agli uffici dirigenziali, la cui titolarità è definita nell'organigramma e risulta anche dai dati pubblicati sui dirigenti nell'apposita pagina della Sezione "Amministrazione Trasparente".

Il sistema organizzativo volto ad assicurare la trasparenza si basa, sulla responsabilizzazione di ogni singolo ufficio e dei relativi dirigenti cui compete:

- a) l'elaborazione/trasmissione dei dati e delle informazioni;
- b) la pubblicazione dei dati e delle informazioni.

Al RPCT è assegnato un ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati. Svolge stabilmente un'attività di controllo, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate. I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

## **Sito Istituzionale**

Il sito pubblico è il principale veicolo di informazione e trasparenza previsto e richiesto dalle norme, fin dalla legge 150/2009. Proprio in considerazione dell'importanza dello strumento comunicativo, in AOUS nel 2022 è il sito istituzionale è stato aggiornato ed implementato, rendendolo maggiormente rispondente ai bisogni informativi e di trasparenza. Il nuovo sito è stato progettato con attenzione rivolta all'utente che lo utilizzi, in via prioritaria, per ricercare soluzioni ai propri problemi di salute. Particolare attenzione è stata posta all'accessibilità e all'usabilità del sito per quanto concerne chiarezza di linguaggio, semplicità di consultazione, percezione, operabilità e sicurezza. La grafica presenta colori netti e gradevoli, le varie sezioni della *homepage* sono distinte in aree tematiche che orientano la navigazione a seconda dei vari profili d'interesse. Largo spazio è stato dato quindi, alla presentazione delle strutture sanitarie e del loro nuovo assetto organizzativo in modo da facilitare una prima conoscenza dell'ospedale e del suo funzionamento, preliminare all'accesso. e in relazione allo specifico bisogno dell'utente. In particolare, è stata rinnovata la sezione "Amministrazione trasparente" ed uniformata al modello previsto secondo la normativa vigente ( DL n. 33 del 14 marzo 2013 e s.m.i). La sezione è stata costruita riversando le sottosezioni e i contenuti del precedente sito. La sezione Amministrazione Trasparente, è costantemente alimentata dalle U.O. e dagli uffici che hanno tale con obbligo e che rimangono responsabili del corretto e tempestivo aggiornamento dei dati. I dati sono pubblicati in formato aperto e sono elaborati dalle strutture organizzative sotto la responsabilità diretta dei Dirigenti, che provvedono a verificarne la completezza e la coerenza con le disposizioni di legge. Durante tutto l'anno, a cura del RCPT, viene effettuato il monitoraggio del funzionamento del sito, in termini di accessibilità e aggiornamento del dato.

## **Altri canali Comunicativi**

*Scotte informa*: Il profilo comunicativo dell'Azienda si avvale anche del periodico mensile di informazione il cui titolo è *Scotte Informa*. Per mezzo del periodico sono veicolati, principalmente all'interno ma anche all'esterno, i progetti di miglioramento e le innovazioni prodotte in Azienda e nella facoltà di Medicina e chirurgia, i report della Valutazione della Performance aziendale, alcuni comunicati d'interesse generale. Il periodico è pubblicato sul sito istituzionale in Home Page in apposita sezione riservata alla comunicazione esterna. Nella stessa sezione è pubblicato il Regolamento interno per i rapporti con i mass media.

*Giornata della Trasparenza:* La Giornata della trasparenza è un momento fondamentale per l'acquisizione di riscontri sul grado di soddisfazione dei cittadini riguardo la comprensibilità e l'accessibilità dei dati pubblicati dalle amministrazioni, nonché per individuare ulteriori necessità di informazione, nell'ottica di un continuo processo di miglioramento della relazione con i portatori d'interesse. Le giornate, oltre prevedere interventi di esperti delle varie tematiche trattate, si avvalgono del prezioso contributo dei Comitati di Partecipazione e dei professionisti dell'AOUS in tema di anticorruzione e trasparenza.

*Social media:* L'AOUS si avvale dei social media (Facebook, Instagram) come ulteriore canale comunicativo. E' stato adottato un regolamento "Social media policy" contenente le linee guida (netiquette) per l'uso dei social media da parte degli operatori (Social Media Policy interna) e dell'Azienda Sanitaria nel rapporto con la comunità (Social Media Policy esterna) con l'obiettivo di assicurare una corretta e proficua presenza sui social basata su regole chiare e condivise.

*Intranet aziendale:* l'Azienda utilizza la Rete Intranet come canale comunicativo per l'utenza interna.

*Agorà della Salute:* Collaborazione con il Comitato di Partecipazione nell'affrontare ed approfondire particolare tematiche (Pronto Soccorso, Liste Attesa ecc) per informare la Cittadinanza quali sono le soluzioni che l'Azienda intende adottare sia a breve che a medio lungo per risolvere particolari criticità che di volta in volta si presentano.

## **Obiettivi di Trasparenza 2023-2025**

- Applicare le Linee Guida su FOIA e Obblighi di pubblicazione approvate da ANAC
- Monitorare l'accesso civico nelle forme previste dalle norme
- Migliorare la qualità del Sito pubblico e, all'interno di esso la qualità e quantità dei dati presenti in Amministrazione Trasparente
- Ampliare nel numero e nella qualità le occasioni di confronto pubblico con i cittadini, e costruire un sistema ancor più strutturato e operativo di raccolta delle loro analisi in tema di trasparenza, anche ricorrendo a strumenti informatici e social media.
- Assicurare la corretta compilazione e diffusione del PIAO

Link Amministrazione Trasparente AOUS: <http://www.ao-siena.toscana.it/index.php/disposizioni-generalis>

## **7. MONITORAGGIO E RIESAME**

Al fine di monitorare le Aree di rischio risulta essenziale la messa a punto di strumenti dedicati alla misurazione dei rischi in campo amministrativo. Tale mappatura, al fine di risultare efficace, deve avere una cadenza periodica, almeno biennale, onde studiare l'andamento delle azioni che l'amministrazione pone in essere al fine scongiurare attività corruttive. L'attività di Mappatura delle Aree di rischio è in fase di svolgimento.

Tra i compiti svolti in maniera sistemica dal RPCT è l'invio di solleciti al fine di attivare le procedure di rotazione del personale nelle Aree ritenute a rischio stante le indicazioni ANAC. La attivazione del nuovo modello PIAO, che ha come sua essenziale caratteristica, l'integrazione tra differenti aree di competenza, da quest'anno dovrà, insieme con l'Ufficio Organizzazione e Gestione del Personale, l'Ufficio Formazione e l'Ufficio Controllo di Gestione, chiedere l'attivazione di un preciso percorso al fine di rendere operativa la Rotazione del personale attrezzando culturalmente i professionisti all'assimilazione di competenze formative adattative al ruolo vacante, per motivi di rischio di corruzione, cui devono essere allocati.

## Indagine sul benessere organizzativo

Nel mese di Dicembre 2022 è stata avviata l'indagine sul benessere organizzativo del personale dell'AOUS., che ha riguardato tutti i Dipartimenti. La rilevazione verrà realizzata mediante una web-survey (la piattaforma utilizzata per l'indagine è Survey Monkey. La misurazione della qualità percepita verrà effettuata mediante la scala WSAS1 (Workrelated Stress Assessment Scale), uno strumento specificamente studiato per valutare il benessere organizzativo rispetto a 5 aree:

- ambiente di lavoro,
- organizzazione del lavoro,
- relazioni con la struttura di prossimità-colleghi,
- relazioni con l'Azienda/Governance,
- cambiamento.

In totale il questionario è composto da 33 items. Ognuno di questi riproduce in forma narrativa le situazioni caratterizzanti le cinque suddette aree, rispetto alle quali gli intervistati dovevano indicare in una scala a 7 livelli la corrispondenza con la propria realtà lavorativa. Di seguito è riportato un esempio.

<b>1</b>	<b>Comfort e pulizia degli ambienti di lavoro</b>					
La temperatura e la luminosità degli ambienti in cui lavori abitualmente sono ottimali, cioè adatte ai cambiamenti stagionali e alle mansioni che svolgi. Le postazioni di lavoro sono comode e pratiche, non ti obbligano a posizioni e/o movimenti innaturali e/o dolorosi. I macchinari e gli strumenti che usi abitualmente sono funzionali ed efficienti, quindi non ti costringono a elevati sforzi fisici e/o mentali (per es.: non devi essere sempre molto concentrato/a). La pulizia e l'igiene del tuo luogo di lavoro (compresi gli spazi mensa e relax, e i servizi igienico-sanitari) sono impeccabili.						
Proprio così	Molto simile	Abbastanza simile	Esattamente a metà	Abbastanza diverso	Molto diverso	All'opposto

## Indagini sulla qualità percepita – soddisfazione utenza

Nel corso del 2023 verrà svolta una Indagine di qualità percepita nelle U.O.C. AOUS. La misurazione della qualità percepita verrà effettuata mediante l'HS&PE1 (Health Services and Patient Experience), uno strumento specificamente studiato per valutare l'esperienza del paziente in regime di ricovero ospedaliero rispetto a quattro dimensioni del proprio rapporto con il servizio:

- informazione sanitaria,
- umanizzazione,
- autonomia nella continuità assistenziale,
- aspetti organizzativi ed ambientali.

In totale il questionario è composto da 19 items per le prime tre dimensioni (rispettivamente 6, 10 e 3) e 5 items per la quarta, rappresentanti una serie di aspetti del servizio nei confronti dei quali il paziente è richiesto di riferire la propria esperienza. In particolare, per gli items delle prime tre dimensioni è stata utilizzata una scala di misura di tipo *report* (sempre/spesso/qualche volta/raramente/mai), mentre per la quarta dimensione è stata adottata una scala di tipo *rating* (da molto soddisfatto a molto insoddisfatto)



## **8. ATTIVITA' SVOLTE NEL 2022 IN TEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

- Monitoraggio delle Aree maggiormente esposte al rischio di corruzione
- Monitoraggio dei conflitti di interesse in relazione ai neo-assunti
- Monitoraggio del conflitto di interesse in relazione ai professionisti coinvolti in procedure di appalto (collegi tecnici/commissioni di gara); raccolta ed analisi delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse; redazione di pareri
- Monitoraggio della Rotazione Ordinaria e Straordinaria del personale
- Monitoraggio dei potenziali rischi corruttivi in relazione al fenomeno del pantouflage
- Monitoraggio e gestione della procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici, come intesi all'art. 54-bis, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione
- Redazione di pareri in merito a conflitti di interesse reali, potenziali, percepiti nei confronti dei Dipendenti dell'AOUS.
- Predisposizione Corsi FAD in materia di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
- Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (poi confluito nel presente PIAO)
- Redazione della relazione annuale RPCT sull'attività svolta
- Attività di raccordo e coordinamento con il Comitato di partecipazione AOUS
- Monitoraggio/aggiornamento periodico pubblicazioni obbligatorie nella sezione sito web denominata "Amministrazione Trasparente"
- Supporto alla pubblicazione annuale dei CIG nel sito "Sitat190"
- Realizzazione di un regolamento interno relativo alla Conservazione degli Effetti Personali appartenenti al Paziente in Pronto Soccorso e OBI (al fine di evitare possibili sottrazioni di tali oggetti)
- Attività di raccordo e consulenza ai Direttori delle varie UO in tema di contrasto alla corruzione (procedure, strategie, protocolli)
- Diffusione Programma Trasparenza ed Integrità sia a i dipendenti che a livello pubblico
- Attività di Mappatura delle Aree di rischio Amministrativi (Procedimenti amministrativi)

## **9. ATTIVITA' PREVISTE PER IL TRIENNIO 2023-2025**

Sulla base delle indicazioni fornite dal PNA ANAC, sono previste per l'anno 2023 le seguenti azioni specifiche e mirate:

- Ricognizione (Mappatura delle aree di rischio) delle Aree maggiormente sottoposte a rischio di corruzione che riguardano l'Area Amministrativa, in particolare i Procedimenti Amministrativi. La mappatura dei rischi riguarderà 4 aree amministrative:

Area A: acquisizione e progressione del personale

Area B: affidamento di lavori, servizi e forniture

Area C: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

Area D: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

L'UFF RPCT si adopererà nella Mappatura di tali aree in tutte le sue fasi (dalla redazione della Scheda di rilevazione, sino alla Redazione del Report finale contenenti i risultati dell'indagine; l'Ufficio sarà anche disponibile per la risoluzione di dubbi e domande, circa la rilevazione, preferibilmente da parte dei Direttori delle rispettive aree, ma anche da parte dei singoli dipendenti). Tale attività integrerà la routinaria attività di Gestione dei rischi corruttivi e di monitoraggio delle Aree sottoposte a rischi.

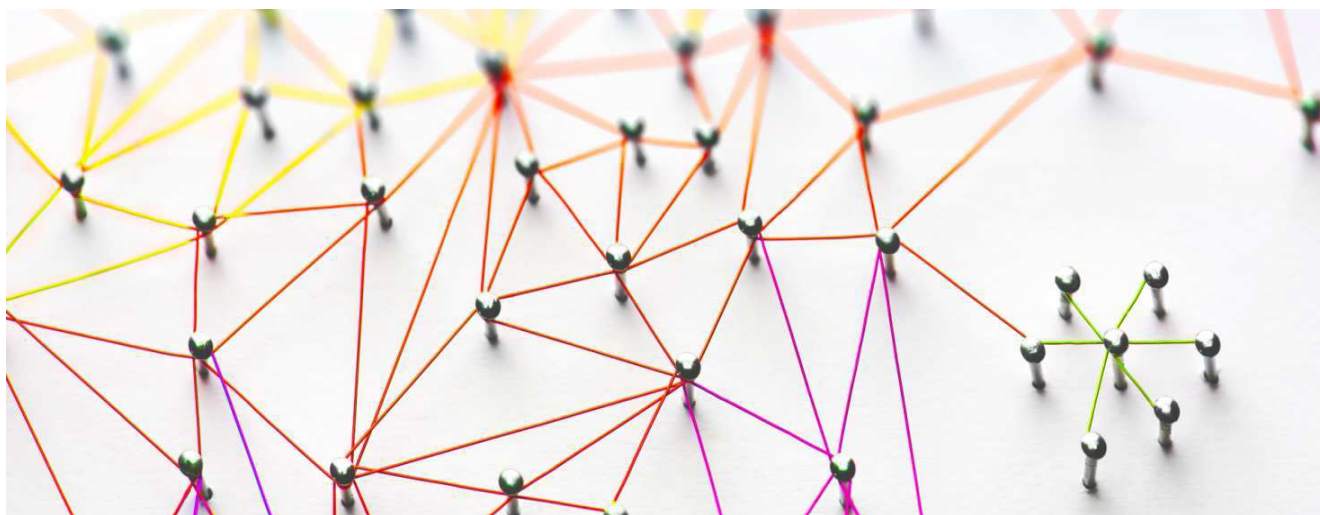
- Attività di formazione relativa al Codice di Comportamento Aziendale, alla Mappatura delle aree di rischio (Provvedimenti amministrativi), alla Prevenzione della Corruzione in Sanità; realizzazione della Giornata della Trasparenza; sarà inoltre realizzata la consueta attività di Formazione Universitaria agli studenti del 1° anno (Anno 2022) CDL infermieristica.

Le attività di cui alle sottostanti tabelle sono da ritenersi prioritarie e dovranno essere adottate nel triennio indicato. E' prevista la costituzione di gruppi di lavoro.

<b>STRUTTURE / SOGGETTI</b>	<b>ATTIVITA'</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>TEMPISTICA</b>
Direttori e Referenti UO di tutte le Strutture Aziendali RPCT Ufficio RPCT	Mappatura e Monitoraggio dei Processi Sanitari e Amministrativi relativa a potenziale rischio Corruzione in relazione alle Aree Amministrative (Procedimenti Amministrativi)	Analisi del contesto per la Mappatura, Realizzazione ed Adozione della Scheda di Mappatura, somministrazione della Scheda, Redazione del Documento di Analisi e di individuazione delle misure di prevenzione nelle specifiche UU.OO	Entro 31/12/2023
Responsabile Aziendale Anticorruzione / Gruppo di Supporto RPCT / Trasparenza/ Coordinamento regionale RPCT/Formas	Proposta ed attuazione di corsi di formazione (in Formazione a Distanza – FAD) sulla materia della “Anticorruzione”	- Corso FAD AntiCorruzione - Corso Prevenzione della Corruzione in Sanità - Corso La prevenzione della corruzione in sanita' - aggiornamenti ANAC codice di comportamento - Giornata della Trasparenza 2023 - Formazione Universitaria	Entro 31/12/2023
Responsabile Aziendale Anticorruzione e Trasparenza / Gruppo di Supporto RPCT	Aggiornamento del PTPC (Piano Triennale Prevenzione Corruzione) che confluirà nella specifica sezione del PIAO	Proposta alla Direzione Aziendale per l'adozione	Entro 31/01/2023
Responsabile Aziendale Anticorruzione e Trasparenza / Gruppo di Supporto RPCT	Attuazione del PTCP e relativi aggiornamenti annuali	Relazione annuale sull'attività svolta (art.1 co.14, Legge n.190/2012)	Relazione annuale da pubblicare entro i termini di legge (31/01/2023)
Ufficio del RPCT	Supporto al RPCT aziendale nella scelta delle strategie relative alla prevenzione della corruzione	Partecipazione alle riunioni di programmazione sviluppo e verifica dell'attuazione del PTPC, previste dal RPCT	Almeno n. 1 Riunione mensile
Responsabile Aziendale Anticorruzione e Trasparenza Gruppo di Supporto RPCT /	Attività di raccordo e coordinamento con il Comitato di Partecipazione AOUS	Riunioni periodiche con il comitato di partecipazione AOUS	Almeno n.1 incontro semestrale (e costante raccordo in videoconferenz a)
Strutture di Staff AMMINISTRATIVE	Monitoraggio/aggiornamento periodico pubblicazioni obbligatorie nella sezione sito web denominata “Amministrazione Trasparente”	1) Rispetto tempi di pubblicazione e successive modifiche e/o integrazioni D. Lgs. 33/2013. 2) Report semestrale sui dati di pubblicazione, validato dal Responsabile della Struttura	Monitoraggio costante
Responsabile Aziendale Anticorruzione / Trasparenza Uff.RPCT	Diffusione Programma Trasparenza ed Integrità a livello pubblico	Organizzazione giornate della trasparenza	Entro 31/12/2023
Responsabile Aziendale Anticorruzione / Gruppo di Supporto RPCT /	Attività di collaborazione con il Coordinamento Regionale dei RPCT	Partecipazione alle riunioni mensili	Entro 31/12/2023



# LA MAPPATURA DELLE AREE DI RISCHIO IN SANITA’ AOUS - 2022 AREA AMMINISTRATIVA PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI



## INDICE

Introduzione.....	2
Fasi del processo di gestione del rischio .....	3
“Mappatura” dei processi .....	4
Valutazione del rischio .....	7
Trattamento del rischio.....	11
Monitoraggio e riesame.....	13
Consultazione e comunicazione .....	15
La Mappatura AOUS 2022.....	16

A cura del

**Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza**

Prof.ssa Anna Coluccia

e

**dell’Ufficio del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza**

Dott. Tommaso Buracchi

Dott.ssa Lore Lorenzi

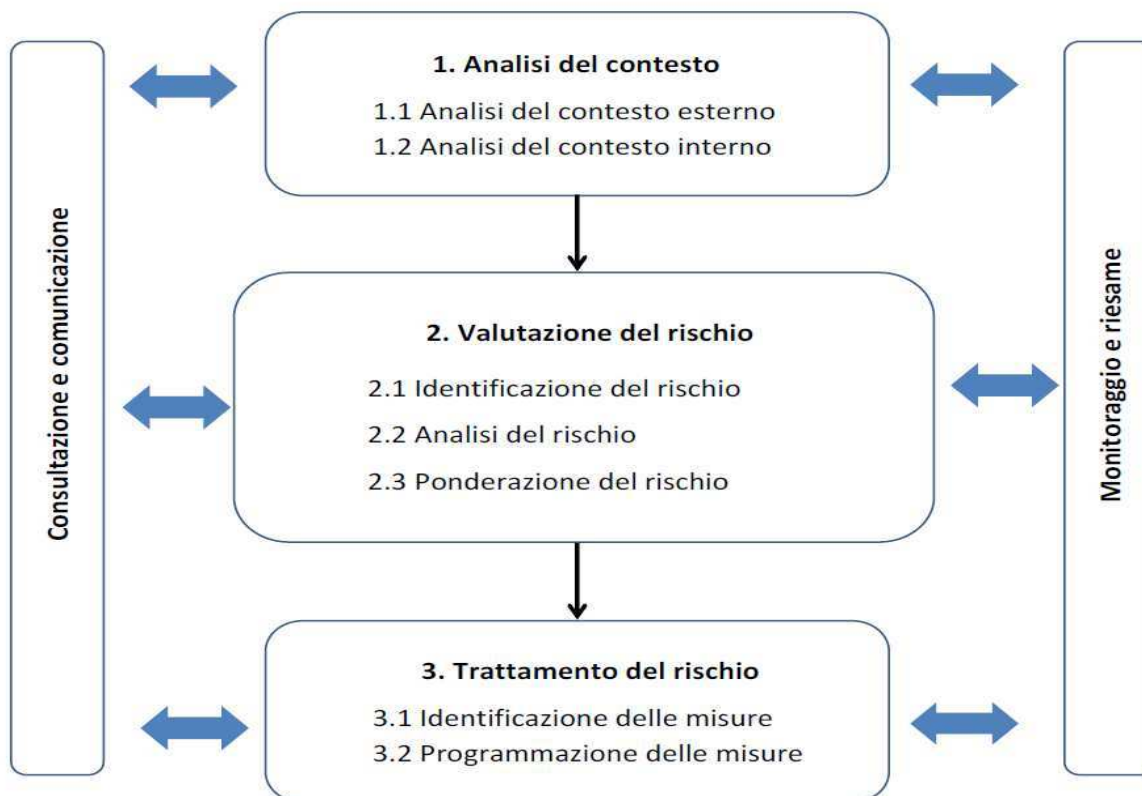
## INTRODUZIONE

La Mappatura dei processi è uno strumento per individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione. Comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. La mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi, ed indica un approccio alla prevenzione della corruzione finalizzato alla riduzione del rischio corruttivo da un punto di vista sostanziale e non meramente formale.

L'allegato metodologico (ALLEGATO 1) al Piano nazionale anticorruzione (PNA) 2019 fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del "Sistema di gestione del rischio corruttivo". Il Piano nazionale anticorruzione 2013 e l'Aggiornamento 2015 al PNA avevano fornito una serie di indicazioni ai sensi della legge 190/2012, indicazioni che l'allegato metodologico ha ampiamente integrato e aggiornato, tenendo conto delle precedenti esperienze di attuazione dei PNA e ispirandosi ai principali standard internazionali di risk management.

Il processo di Gestione del rischio si articola nelle seguenti fasi:

Figura 1 – Il processo di gestione del rischio di corruzione

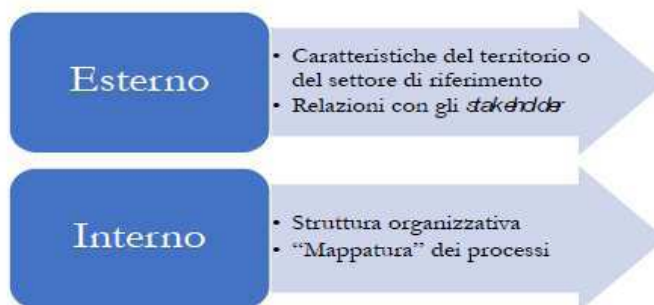


Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato tenendo presente le sue principali finalità, ossia favorire, attraverso misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi. La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, migliorando la conoscenza dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale alla luce del costante aggiornamento delle informazioni disponibili. Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento.

## FASI DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

La prima fase del processo di gestione del rischio è relativa all'Analisi del contesto esterno ed interno. In questa fase, l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno).

Figura 3 - Le fasi dell'analisi del contesto



L'analisi del contesto esterno ha come duplice obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche strutturali, congiunturali, culturali, sociali ed economiche dell'ambiente e del territorio nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, condizionare la valutazione del rischio corruttivo e il monitoraggio dell'idoneità delle misure di prevenzione; consente a ciascuna amministrazione di definire la propria strategia di prevenzione del rischio corruttivo.

Figura 4 - Le attività funzionali all'analisi del contesto esterno



Riguardo alle fonti esterne, l'amministrazione può reperire una molteplicità di dati relativi al contesto culturale, sociale ed economico attraverso la consultazione di banche dati o di studi di diversi soggetti e istituzioni (ISTAT, Università e Centri di ricerca, Ministero di Giustizia, Corte dei Conti, Corte Suprema di Cassazione, ecc.).

Riguardo alle fonti interne, l'amministrazione può utilizzare interviste con l'organo di indirizzo o con i responsabili delle strutture; segnalazioni ricevute tramite il canale del *whistleblowing* o altre modalità; risultati dall'azione di monitoraggio del RPCT; informazioni raccolte nel corso di incontri e/o attività congiunte con altre amministrazioni che operano nello stesso territorio o settore.

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione.

È importante rappresentare sinteticamente l'articolazione organizzativa dell'amministrazione; la selezione delle informazioni e dei dati deve essere funzionale all'individuazione di elementi utili ad esaminare come le caratteristiche organizzative possano influenzare il profilo di rischio dell'amministrazione.

Informazioni utili alla rappresentazione della struttura organizzativa :

organi di indirizzo	struttura organizzativa (organigramma)	ruoli e responsabilità
politiche, obiettivi e strategie	risorse	conoscenze, sistemi e tecnologie
qualità e quantità del personale	cultura organizzativa, con particolare riferimento alla cultura dell'etica	sistemi e flussi informativi, processi decisionali (sia formali sia informali)
relazioni interne ed esterne		

## “MAPPATURA” DEI PROCESSI

L'aspetto centrale e più importante dell'analisi del contesto interno, oltre alla rilevazione dei dati generali relativi alla struttura e alla dimensione organizzativa, è la cosiddetta mappatura dei processi, consistente nella individuazione e analisi dei processi organizzativi. L'obiettivo è che l'intera attività svolta dall'amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

Nell'analisi dei processi organizzativi è necessario tener conto anche delle attività che un'amministrazione ha esternalizzato ad altre entità pubbliche, private o miste, in quanto il rischio di corruzione potrebbe annidarsi anche in questi processi.

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione, e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi, al fine di identificare, della valutare e del trattare i rischi corruttivi. Una mappatura dei processi adeguata consente all'organizzazione di evidenziare duplicazioni, ridondanze e inefficienze e quindi di poter migliorare l'efficienza allocativa e finanziaria, l'efficacia, la produttività, la qualità dei servizi erogati, e di porre le basi per una corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo. La mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione.

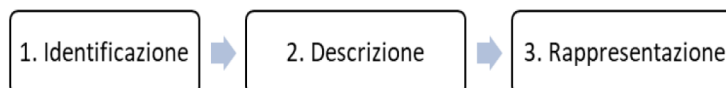
Per la mappatura è fondamentale il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali.

È, inoltre, indispensabile che la mappatura del rischio sia integrata con i sistemi di gestione spesso già presenti nelle organizzazioni (controlli di gestione, sistema di *auditing* e sistemi di gestione per la qualità, sistemi di *performance management*), secondo il principio guida della “integrazione”, in modo da generare sinergie di tipo organizzativo e gestionale.

Un processo può essere definito come una sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente). *A titolo esemplificativo, un processo relativo al rilascio di determinate autorizzazioni potrebbe essere definito in maniera più sintetica (attività 1: ricezione domanda; attività 2: verifica dei requisiti; attività 3: rilascio della autorizzazione) oppure in maniera più analitica (invece di definire un'unica attività di ricezione della domanda, si potrebbero individuare attività più dettagliate quali la verifica completezza e firme del modulo di richiesta, la protocollazione, il rilascio di ricevuta all'utente richiedente, etc.). Il processo descrive il “chi”, il “come” e il “quando” dell'effettivo svolgimento dell'attività e non “come dovrebbe essere fatta per norma”.*

## La mappatura dei processi si articola in 3 fasi:

Figura 5 - Le fasi della mappatura dei processi



**1. Identificazione:** consiste nel definire l'elenco completo di tutti i processi svolti dall'organizzazione che, nelle fasi successive, dovranno essere accuratamente esaminati e descritti. Per identificare i processi sarà opportuno partire dall'analisi della documentazione esistente dell'organizzazione (organigramma, funzionigramma, *job description* relative alle posizioni coinvolte nei processi, regolamenti, etc.) al fine di effettuare una prima catalogazione, in macro-aggregati, dell'attività svolta. Si potrà procedere eventualmente attraverso opportuni raggruppamenti di procedimenti omogenei in processi (nel caso in cui più procedimenti siano finalizzati alla realizzazione di un medesimo risultato).

L'elenco potrà essere aggregato nelle cosiddette "aree di rischio" (vedasi TABELLA 3A e 3B), intese come raggruppamenti omogenei di processi. Le aree di rischio possono essere distinte in generali e specifiche. Quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte. (Si ricorda che tale elenco non può in alcun modo considerarsi esaustivo).

Tabella 1- Aree di rischio e processi

Area di rischio 1	Processo 1
	Processo 2
	Processo n.
Area di rischio 2	Processo 1
Area di rischio n.	Processo 1
	Processo n.

**2. Descrizione:** dopo aver identificato i processi, è opportuno comprenderne le modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione. Ai fini dell'attività di prevenzione della corruzione, la descrizione del processo consente di identificare più agevolmente le criticità del processo in funzione delle sue modalità di svolgimento.

Elementi utili per la descrizione dei processi:

elementi in ingresso che innescano il processo - - "input"	risultato atteso del processo - "output"	sequenza di attività che consente di raggiungere l'output - le "attività"
momenti di sviluppo delle attività - le "fasi"	responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo	tempi di svolgimento del processo e delle sue attività
vincoli del processo	risorse e interrelazioni tra i processi	criticità del processo

Si rammenta che le modalità di svolgimento di un medesimo processo in differenti organizzazioni, anche laddove particolarmente vincolato da norme, possono differire in maniera significativa in quanto si tratta, di prassi operative, sedimentate nel tempo, realizzate da soggetti diversi.

*Esempio: le modalità operative attraverso cui un ente riceve un'istanza e svolge l'istruttoria, possono differire tra due amministrazioni (ricezione dell'istanza a mano, oppure solo tramite PEC, etc.). Ciò, oltre a*

comportare criticità organizzative di diversa natura, può incidere in maniera rilevante sulle tipologie di eventi rischiosi che possono verificarsi durante lo svolgimento delle stesse attività

Al fine di ottenere una descrizione efficace, si ritiene necessario indicare almeno seguenti elementi di base utili per la descrizione dei processi:

- breve descrizione del processo (che cos'è e che finalità ha);
- attività che scandiscono e compongono il processo;
- responsabilità complessiva del processo e soggetti che svolgono le attività del processo.

Sarà possibile aggiungere, nelle annualità successive, ulteriori elementi di descrizione (es. input, output, etc.), fino a raggiungere la completezza della descrizione del processo.

3. **Rappresentazione:** rappresentazione degli elementi descrittivi del processo illustrati nella precedente fase.

**Tabella 2- Esempio di rappresentazione tabellare sintetica**

Processo	Fasi	Attività	Responsabilità
Processo A	1	Attività 1	Unità organizzative 1 e 2
		Attività n	Unità organizzativa n
	n	Attività 1	Unità organizzativa 4
		Attività n	Unità organizzative 1 e 3
Processo N	1	Attività 1	Unità organizzativa 1
		Attività 2	Unità organizzativa 2
		Attività 3	Unità organizzative 2 e 4
		Attività n	Unità organizzativa n
	n	Attività 1	Unità organizzativa 1, 2 e 5
		Attività 2	Unità organizzativa 4

**Tabella 3A: Elenco delle principali AREE DI RISCHIO GENERALI**

Amministrazioni ed Enti interessati	Aree di rischio	Riferimento
Tutti	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente ad autorizzazioni e concessioni (lettera a, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.	Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (lettera c, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)
	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)	Aree di rischio generali - Legge 190/2012 - PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA, con particolare riferimento al paragrafo 4. Fasi delle procedure di approvvigionamento
	Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e alla progressione del personale)	Aree di rischio generali - Legge 190/2012 - PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA punto b, Par. 6.3, nota 10
	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;	Aree di rischio generali - Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)
	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;	Aree di rischio generali - Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)
	Incarichi e nomine;	Aree di rischio generali - Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)
	Affari legali e contenzioso.	Aree di rischio generali - Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)



**Tabella 3B: Elenco delle principali AREE DI RISCHIO SPECIFICHE IN SANITA'**

Aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale	Attività libero professionale	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016
	Liste di attesa	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016
	Rapporti con soggetti erogatori	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016
	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016
	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.	Aree di rischio specifiche – Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016

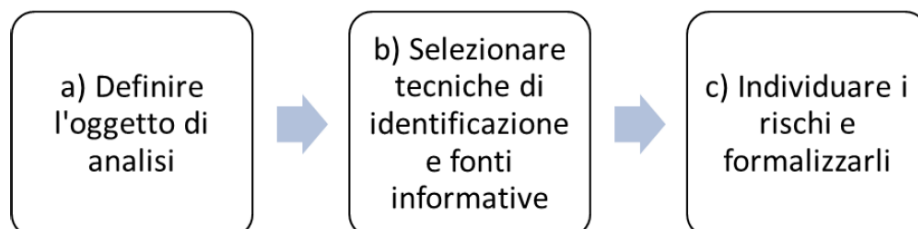
## VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio si articola in tre fasi: 1. Identificazione; 2. Analisi; 3. Ponderazione.

**1. Identificazione degli eventi rischiosi:** ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo: un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione. Il coinvolgimento della struttura organizzativa è fondamentale poiché i responsabili degli uffici (o processi), avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte dall'amministrazione, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

**Figura 6 –Le azioni necessarie per l'identificazione dei rischi**



Ai fini dell'identificazione dei rischi è necessario:

**a) Definire l'oggetto di analisi,** ossia dell'unità di riferimento rispetto al quale individuare gli eventi rischiosi.

Si ritiene che il livello minimo di analisi per l'identificazione dei rischi debba essere rappresentato dal processo. Per ogni processo rilevato nella mappatura sono identificati gli eventi rischiosi che possono manifestarsi. Se l'unità di analisi prescelta è il processo, gli eventi rischiosi non vengono abbinati a singole attività del processo.

Ad un livello più avanzato – specialmente nei processi in cui è stata già rilevata un'esposizione al rischio corruttivo elevata - l'identificazione dei rischi dovrà essere sviluppata con un maggior livello di dettaglio, individuando come oggetto di analisi, le singole attività del processo. Il riferimento alle singole attività è comunque raccomandato in tutti quei casi in cui gli eventi rischiosi a livello di processo sono molteplici e il loro trattamento richiede la definizione di misure differenziate e azioni di monitoraggio specifiche.

**b) Selezionare tecniche e fonti informative:** per procedere all'identificazione degli eventi rischiosi è opportuno che ogni amministrazione utilizzi una pluralità di tecniche e prenda in considerazione il più ampio numero possibile di fonti informative.

Le tecniche utilizzabili per l'individuazione degli eventi corruttivi includono:

- le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno realizzate nelle fasi precedenti
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione
- l'analisi di documenti e di banche dati, l'esame delle segnalazioni
- le interviste/incontri con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità
- i *workshop* e i *focus group*,
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del *whistleblowing* o tramite altra modalità

**c) Identificare e formalizzare i rischi**

Gli eventi rischiosi individuati utilizzando le fonti informative disponibili devono essere opportunamente formalizzati e documentati; La formalizzazione potrà avvenire tramite la predisposizione di un registro dei rischi (o catalogo dei rischi) dove per ogni oggetto di analisi (processo o attività) si riporta la descrizione di tutti gli eventi rischiosi che possono manifestarsi.

L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla creazione di un "Registro degli eventi rischiosi", nel quale sono riportati tutti gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione. Per ogni processo deve essere individuato almeno un evento rischioso.

**Tabella 4- Esempio di Registro degli eventi rischiosi per processo**

<b>Processo</b>	<b>Eventi rischiosi</b>
Affidamenti di servizi e forniture per importi pari o superiore a 40.000 euro fino alla soglia comunitaria (art. 36, co. 2, lett. b), d.lgs. 50/2016)	Definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente o delle caratteristiche del prodotto fornito dall'imprenditore uscente
	Determina a contrarre incompleta/assenza di determina a contrarre
	Artificioso frazionamento dell'acquisto finalizzato a eludere le regole di procedura (es. affidamenti tutti sotto l'importo di 40.000 euro, ex art. 36, co. 2, lett. a))
	Ripetuti affidamenti allo stesso fornitore; proroghe o rinnovi immotivati o non contemplati <i>ab origine</i> nella documentazione di gara (art. 35, co. 12 e art. 63, co. 4)
	Mancata indicazione nella documentazione di gara dei livelli minimi di qualità della prestazione attesa
	Mancato ricorso alle indagini di mercato prima di procedere all'affidamento
	Ingiustificato mancato ricorso al mercato elettronico delle pubbliche amministrazioni e/o adesione a convenzioni di centrali di committenza
	Mancata comunicazione dei conflitti di interesse (ex art. 42 del d.lgs. 50/2016)
	Assenza dei controlli sui requisiti di carattere generale e speciale (ex artt. 80 e 83)
Mancate verifiche in fase di esecuzione (es. mancato rispetto dei termini contrattuali e mancato rispetto degli " <i>Service level agreement</i> ")	

Tabella 5 - Esempio di Registro degli eventi rischiosi per attività del processo

Processo	Attività del processo	Eventi rischiosi
Affidamenti di servizi e forniture per importi pari o superiore a 40.000 euro fino alla soglia comunitaria (art. 36, co. 2, lett. b), d.lgs. 50/2016)	Programmazione	Definizione del fabbisogno sulla base dei requisiti dell'imprenditore uscente o delle caratteristiche del prodotto fornito dall'imprenditore uscente
	Definizione della strategia di affidamento	Determina a contrarre incompleta/assenza di determina a contrarre
		Artificioso frazionamento dell'acquisto finalizzato a eludere le regole di procedura (es. affidamenti tutti sotto l'importo di 40.000 euro, ex art. 36, co. 2, lett. a))
		Ripetuti affidamenti allo stesso fornitore; proroghe o rinnovi immotivati o non contemplati <i>ab origine</i> nella documentazione di gara (art. 35, co. 12 e art. 63, co. 4)
	Affidamento del servizio/della fornitura	Mancata indicazione nella documentazione di gara dei livelli minimi di qualità della prestazione attesa
		Mancato ricorso alle indagini di mercato prima di procedere all'affidamento
		Ingiustificato mancato ricorso al mercato elettronico delle pubbliche amministrazioni e/o adesione a convenzioni di centrali di committenza
		Mancata comunicazione dei conflitti di interesse (ex art. 42 del d.lgs. 50/2016)
	Esecuzione del contratto	Assenza dei controlli sui requisiti di carattere generale e speciale (ex artt. 80 e 83)
		Mancate verifiche in fase di esecuzione (es. mancato rispetto dei termini contrattuali e mancato rispetto degli "Service level agreement")

## 2. Analisi del rischio. Ha due obiettivi:

- 2.1. pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione.
- 2.2. stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio

**2.1. Analisi dei fattori abilitanti, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.** L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

### Esempi di fattori abilitanti del rischio corruttivo:

mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli)	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;	inadeguata diffusione della cultura della legalità
esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di 1/pochi soggetti	scarsa responsabilizzazione interna;	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	mancanza di trasparenza;

**2.2. Stima del livello di esposizione al rischio** per ciascun oggetto definito nella fase precedente (processo o sua attività): è importante per individuare i processi e le attività del processo su cui concentrare l'attenzione.

Figura 7 – Le azioni necessarie per l'analisi dell'esposizione al rischio



**a) Scelta dell'approccio valutativo:** l'approccio utilizzabile per stimare l'esposizione delle organizzazioni ai rischi può essere qualitativo, quantitativo o misto.

Nell'approccio qualitativo, l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tali valutazioni, anche se supportate da dati, non prevedono (o non dovrebbero prevedere) la loro rappresentazione finale in termini numerici.

Diversamente, nell'approccio di tipo quantitativo si utilizzano analisi statistiche o matematiche per quantificare l'esposizione dell'organizzazione al rischio in termini numerici.

#### **b) Individuazione dei criteri di valutazione**

I criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio (*key risk indicators*) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti. Per stimare l'esposizione al rischio è opportuno definire in via preliminare gli indicatori del livello di esposizione del processo (fase o attività) al rischio di corruzione in un dato arco temporale. (Vedasi ALLEGATO 7)

#### **c) Rilevazione dei dati e delle informazioni**

La rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie a esprimere un giudizio motivato sui criteri di cui al precedente punto b) deve essere effettuata da soggetti con specifiche competenze o adeguatamente formati, oppure attraverso forme di autovalutazione da parte dei responsabili delle unità organizzative coinvolte nello svolgimento del processo (c.d. *self assessment*). In ogni caso, per le valutazioni espresse bisognerà esplicitare sempre la motivazione del giudizio espresso e fornire delle evidenze a supporto.

#### **d) Misurazione del livello di esposizione al rischio e formulazione di un giudizio sintetico**

Per ogni oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso) e tenendo conto dei dati raccolti, si procede alla misurazione di ognuno dei criteri illustrati in precedenza (punto b). Ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.

Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori si dovrà pervenire ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio. Il valore complessivo ha lo scopo di fornire una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso).

#### Accorgimenti:

1. nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, si raccomanda di far riferimento al valore più alto nello stimare l'esposizione complessiva del rischio;
2. è opportuno evitare che la valutazione complessiva del livello di rischio associabile all'unità oggetto di riferimento sia esclusivamente la media delle valutazioni dei singoli indicatori. E' necessario associare ad ogni giudizio numerico, un giudizio qualitativo (rispetto ad un mero calcolo matematico) per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessiva al rischio dell'unità oggetto di analisi. In ogni caso vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.

**3. Ponderazione del rischio.** La fase di ponderazione del rischio, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, ha lo scopo di stabilire:

- a) le **azioni** da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio (dovranno essere valutate le diverse opzioni per ridurre l'esposizione dei processi/attività alla corruzione.)
- b) le **priorità di trattamento dei rischi**, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto.

La ponderazione del rischio può anche portare alla decisione di non sottoporre ad ulteriore trattamento il rischio, ma di limitarsi a mantenere attive le misure già esistenti.

Un concetto nodale per stabilire se attuare nuove **azioni** è quello di *rischio residuo*. Il rischio residuo è il rischio che permane una volta che le misure di prevenzione sono state correttamente attuate. È opportuno evidenziare che il rischio residuo non potrà mai essere del tutto azzerato; pertanto, l'attuazione delle azioni di prevenzione deve avere come obiettivo la riduzione del rischio residuo ad un livello quanto più prossimo allo zero. Nel definire le azioni da intraprendere si dovrà tener conto *in primis* delle misure già attuate e valutare come migliorare quelli già esistenti, anche per evitare di appesantire l'attività amministrativa con l'inserimento di nuovi controlli. In altri termini, nell'ipotesi in cui le misure introdotte non risultino sufficienti a ridurre in modo significativo il rischio corruttivo si dovrà valutare come ridisegnare e irrobustire le misure di prevenzione già esistenti prima di introdurre di nuove.

Per quanto riguarda, invece, la definizione delle **priorità di trattamento**, nell'impostare le azioni di prevenzione si dovrà tener conto del livello di esposizione al rischio determinato nella fase precedente e procedere in ordine via via decrescente, partendo dalle attività che presentano un'esposizione più elevata successivamente fino ad arrivare al trattamento di quelle che si caratterizzano per un'esposizione più contenuta.

## TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio è la fase volta ad **individuare i correttivi** e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, le amministrazioni non devono limitarsi a proporre delle misure astratte o generali, ma devono **progettare l'attuazione di misure specifiche e puntuali**, prevedendo scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili. La presenza di un elenco generico di misure di prevenzione della corruzione, senza un'adeguata programmazione, non assolve – in linea di principio e di fatto – all'importante compito di definizione della strategia di prevenzione della corruzione dell'amministrazione.

**1. Individuazione delle misure:** La prima e delicata fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione, in funzione delle criticità rilevate in sede di analisi, del livello di rischio e dei loro fattori abilitanti.

### Tipologie di misure (generali e specifiche)

controllo	trasparenza	definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento
regolamentazione	<b>semplificazione</b>	sensibilizzazione e partecipazione
segnalazione e protezione	disciplina del conflitto di interessi	regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies)
rotazione	formazione	

Ciascuna categoria di misura può dare luogo, in funzione delle esigenze dell'organizzazione, a misure sia "generali" che "specifiche". A titolo meramente esemplificativo, una misura di

trasparenza, può essere programmata come misura “generale” o come misura “specificata”. Essa è generale quando insiste trasversalmente sull’organizzazione, al fine di migliorare complessivamente la trasparenza dell’azione amministrativa (es. la corretta e puntuale applicazione del D.lgs. 33/2013); è, invece, specifica, in risposta a specifici problemi di scarsa trasparenza rilevati tramite l’analisi del rischio trovando, ad esempio, modalità per rendere più trasparenti particolari processi prima “opachi” e maggiormente fruibili informazioni sugli stessi.

*A titolo esemplificativo si ricorda come uno degli scopi della mappatura dei processi sia di far emergere ridondanze, duplicazioni e inefficienze. Procedere ad una semplificazione del processo molto spesso rappresenta una efficace misura di prevenzione della corruzione. L’esistenza di molteplici regolamenti, procedure o guide all’interno di una amministrazione per disciplinare determinati ambiti di intervento può generare confusione: una misura di semplificazione potrebbe consistere nel superamento di tutti questi atti interni attraverso un unico strumento di regolamentazione.*

### Requisiti delle misure

1. Presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici pre-esistenti. Al fine di evitare la stratificazione di misure che possono rimanere inapplicate, prima dell’identificazione di nuove misure è necessaria un’analisi sulle eventuali misure previste e su eventuali controlli già esistenti (sul rischio e/o sul processo in esame) per valutarne il livello di attuazione e l’adeguatezza. Solo in caso di carenze, occorre identificare nuove misure; in caso di misure già esistenti e non attuate, la priorità è la loro attuazione, mentre in caso di inefficacia occorre identificarne le motivazioni al fine di modificare/integrare le misure/i controlli esistenti.

2. Capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio. L’identificazione della misura di prevenzione deve essere considerata come una conseguenza logica dell’adeguata comprensione dei fattori abilitanti l’evento rischioso. Ad esempio, se l’analisi del rischio ha evidenziato che il fattore abilitante di un evento rischioso in un dato processo è connesso alla carenza dei controlli, la misura di prevenzione dovrà incidere su tale aspetto e potrà essere, ad esempio, l’attivazione di una nuova procedura di controllo o il rafforzamento di quelle già presenti.

3. Sostenibilità economica e organizzativa delle misure. L’identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte delle amministrazioni. Per ogni evento rischioso rilevante, e per ogni processo organizzativo significativamente esposto al rischio, deve essere prevista almeno una misura di prevenzione potenzialmente efficace; deve essere data preferenza alla misura con il miglior rapporto costo/efficacia.

4. Adattamento alle caratteristiche specifiche dell’organizzazione. L’identificazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell’amministrazione.

Come nelle fasi precedenti di gestione del rischio, anche l’individuazione delle misure deve avvenire con il coinvolgimento della struttura organizzativa, recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi), ma anche promuovendo opportuni canali di ascolto degli *stakeholder*.

**2. Programmazione delle misure:** La seconda fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di programmare adeguatamente e operativamente le misure di prevenzione della corruzione dell’amministrazione. Ciò consente di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione, principio chiave perché tale strategia diventi parte integrante dell’organizzazione e non diventi fine a se stessa.

## Elementi descrittivi delle misure

1. Fasi (e/o modalità) di attuazione della misura. Laddove la misura sia particolarmente complessa e necessiti di varie azioni per essere adottata e presuppone il coinvolgimento di più attori, appare opportuno indicare le diverse fasi per l'attuazione, cioè l'indicazione dei vari passaggi con cui l'amministrazione intende adottare la misura.

2. Tempistica di attuazione della misura e/o delle sue fasi. La misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola), deve opportunamente essere scadenzata nel tempo.

3. Responsabilità connesse all'attuazione della misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola). In un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa e dal momento che diversi uffici possono concorrere nella realizzazione di una o più fasi di adozione delle misure, occorre indicare chiaramente quali sono i responsabili dell'attuazione della misura e/o delle sue fasi.

4. Indicatori di monitoraggio e valori attesi, al fine di poter agire tempestivamente su una o più delle variabili sopra elencate definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure.

Esempi di indicatori di monitoraggio per tipologia di misura: *Gli stessi potranno essere di semplice verifica di attuazione on/off (es. presenza o assenza di un determinato regolamento), quantitativi (es. numero di controlli su numero pratiche) o qualitativi (es. audit o check list volte a verificare la qualità di determinate misure).*

**Tabella 6 - Schema di programmazione delle misure**

MISURA x	Descrizione misura		
Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio
Fase 1	Entro il __/__/__	Ufficio x	Es. nr. __/__
Fase n	Entro il __/__/__	Ufficio y	Es. nr. di __

**Tabella 7 – Esempi di indicatori di monitoraggio per tipologia di misura**

Tipologia di misura	Esempi di indicatori
misure di controllo	numero di controlli effettuati su numero di pratiche/provvedimenti/etc
misure di trasparenza	presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;	numero di incontri o comunicazioni effettuate
misure di regolamentazione	verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
misure di semplificazione	presenza o meno di documentazione o disposizioni che sistematizzino e semplifichino i processi
misure di formazione	numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati; risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso)
misure di sensibilizzazione e partecipazione	numero di iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
misure di rotazione	numero di incarichi/pratiche ruotate sul totale
misure di segnalazione e protezione	presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti
misure di disciplina del conflitto di interessi	specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interesse tipiche dell'attività dell'amministrazione o ente
misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).	presenza o meno di discipline volte a regolare il confronto con le lobbies e strumenti di controllo

## **MONITORAGGIO E RIESAME**

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie. Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se

strettamente collegate. Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sotto-fasi:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Figura 8- Monitoraggio e riesame



### **Monitoraggio sull'attuazione delle misure**

È opportuno che ogni amministrazione preveda il proprio sistema di monitoraggio dell'attuazione delle misure; si possono prevedere sistemi di monitoraggio su più livelli, in cui il primo è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure e il secondo livello in capo al RPCT.

Il monitoraggio di primo livello, dunque, può essere attuato in autovalutazione da parte dei responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio (fornendo, in autovalutazione, evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura).

Il monitoraggio di secondo livello, invece, dovrà essere attuato dal RPCT, e consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste da parte delle unità organizzative in cui si articola l'amministrazione.

È opportuno che l'attività di monitoraggio sia adeguatamente pianificata e documentata in un piano di monitoraggio annuale che dovrà indicare:

- i processi/attività oggetto del monitoraggio;
- le periodicità delle verifiche;
- le modalità di svolgimento della verifica.

### **Monitoraggio sull'idoneità delle misure**

È opportuno che il monitoraggio delle misure non si limiti alla sola attuazione delle stesse ma contempli anche una valutazione della loro idoneità, intesa come effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo, secondo il principio guida della "effettività".

L'inidoneità di una misura può dipendere da diversi fattori tra cui: l'erronea associazione della misura di trattamento all'evento rischioso dovuta ad una non corretta comprensione dei fattori abilitanti; una sopravvenuta modificazione dei presupposti della valutazione (es. modifica delle caratteristiche del processo o degli attori dello stesso); una definizione approssimativa della misura o un'attuazione meramente formale della stessa.



Qualora una o più misure si rivelino non idonee a prevenire il rischio, si dovrà intervenire con tempestività per ridefinire la modalità di trattamento del rischio.

### **Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema**

Il processo di gestione del rischio deve essere organizzato e realizzato in maniera tale da consentire un costante flusso di informazioni e *feedback* in ogni sua fase e deve essere svolto secondo il principio guida del “miglioramento progressivo e continuo”. Ogni amministrazione dovrà definire la frequenza con cui procedere al riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema e gli organi da coinvolgere nel riesame. Il riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi. In tal senso, il riesame del Sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

## **CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE**

La fase di “consultazione e comunicazione” è trasversale, e potenzialmente contestuale, a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio descritte nel presente allegato e consiste nelle seguenti attività:

- Attività di coinvolgimento dei soggetti interni (personale, organo politico, etc.) ed esterni (cittadini, associazioni, altre istituzioni, etc.) ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell'amministrazione;
- Attività di comunicazione (interna ed esterna) delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi.

In questa fase particolare attenzione dovrà essere rivolta alla definizione delle attività di comunicazione tra:

- i dirigenti/responsabili degli uffici e il RPCT per favorire l'azione di monitoraggio e il rispetto degli obblighi normativi;
- il RPCT e gli altri organi dell'amministrazione (Organo di indirizzo-politico e OIV)

**Figura 9 – Le finalità della fase di consultazione e comunicazione**



Il coinvolgimento deve caratterizzare ogni fase del processo di gestione del rischio.

## LA MAPPATURA AOUS 2022

A partire da Giugno 2022, con completamento previsto nei primi mesi del 2023, è stato dato avvio ad un nuovo ambito di applicazione dell'analisi della Aree di Rischio, il cui scopo è quello di giungere ad attuare la ricognizione e la mappatura delle Aree di rischio che riguardano l'Area Amministrativa, in particolare i Procedimenti Amministrativi.

La mappatura dei rischi riguarderà 4 aree amministrative:

### **A) Area: acquisizione e progressione del personale**

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

### **B) Area: affidamento di lavori, servizi e forniture**

1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento
2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

### **C) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**


1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'*an*
2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
3. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'*an* e a contenuto vincolato
4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'*an*
6. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'*an* e nel contenuto


### **D) Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**

1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'*an*
2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
3. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'*an* e a contenuto vincolato
4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'*an*
6. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'*an* e nel contenuto

*Gli strumenti utilizzati* : Nel corso del 2022 sono stati realizzati gli strumenti di analisi, ed è stata avviata la somministrazione delle schede di mappatura.

**Fig. 10 – La Scheda di Rilevazione AOUS**

 Azienda Ospedaliera Universitaria Senese Complesso Ospedaliero di Rilevo Nazionale e di Alta Specializzazione Ospedale Santa Maria alle Scotte								
UNITÀ OPERATIVA:			RESPONSABILE:			REFERENTE PER IL RPCT:		
AREA DI RISCHIO INDIVIDUATE DA ANAC	PROCESSO	FASI DEL PROCESSO	SOGGETTI O COINVOLTI	EVENTI RISCHIOSI	FATTORI ABILITANTI	VALUTAZIONE DEL RISCHIO - PROBABILITÀ (P) ALLEGATO N. 7 TABELLA VALUTAZIONE RISCHIO (1)	VALUTAZIONE DEL RISCHIO - IMPATTO (I) ALLEGATO N. 7 TABELLA VALUTAZIONE RISCHIO (2)	PONDERAZIONE RISCHIO (R) ALLEGATO N. 7 TABELLA VALUTAZIONE RISCHIO (3)
<i>Indicare l'Area di rischio (A,B,C,D)</i>	<i>Definire sinteticamente il processo</i>	<i>Indicare (se presenti) le singole attività che compongono il processo</i>	<i>Per ogni attività (se presente) indicare il Responsabile ed i soggetti coinvolti</i>	<i>Indicare i possibili rischi e/o distorsione interessi pubblici</i>	<i>Indicare gli eventuali fattori abilitanti</i>	<i>Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica dei valori attribuiti</i>	<i>Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica dei valori attribuiti</i>	<i>Valore di P x I Da 1 a 5,99 = trascurabile; da 6 a 10,99 basso; da 11 a 15,99 = medio; da 16 a 20,99 = alto; da 21 a 25 = critico.</i>

 Azienda Ospedaliera Universitaria Senese Complesso Ospedaliero di Rilevo Nazionale e di Alta Specializzazione Ospedale Santa Maria alle Scotte						
GIUDIZIO SINTETICO	DATI, EVIDENZE e MOTIVAZIONI DELLE VALUTAZIONI	MISURE PREVENTIVE IN ATTO	MISURE PREVENTIVE DA ATTUARE	TEMPI DI REALIZZAZIONE PREVISTI	MONITORAGGIO	PERIODICITÀ MONITORAGGIO
<i>Fornire un giudizio sul livello di rischio di corruzione emerso</i>	<i>Indicare sinteticamente le motivazioni delle valutazioni fornite</i>	<i>Indicare elementi che contribuiscono al contenimento del rischio e soggetti Responsabili e/o che le pongono in essere</i>	<i>Indicare eventuali misure ulteriori programmate e soggetti Responsabili e/o che le pongono in essere</i>	<i>Indicare i tempi previsti di attuazione delle nuove misure preventive</i>	<i>Indicare la tipologia monitoraggio effettuato sinora / da effettuare (Revisione, Ispezione, Controllo ecc) e i relativi indicatori</i>	<i>Indicare la Tempistica di effettuazione monitoraggio</i>

**Fig. 11 – La Tabella di Valutazione del Rischio**

TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ (1)	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (2)
<p style="text-align: center;"><u>Discrezionalità</u></p> <p><b>Il processo è discrezionale?</b></p> <p>No, è del tutto vincolato <span style="float: right;">1</span></p> <p>E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) <span style="float: right;">2</span></p> <p>E' parzialmente vincolato solo dalla legge <span style="float: right;">3</span></p> <p>E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) <span style="float: right;">4</span></p> <p>E' altamente discrezionale <span style="float: right;">5</span></p>	<p style="text-align: center;"><u>Impatto organizzativo</u></p> <p><b>Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo?</b> (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)</p> <p>Fino a circa il 20% <span style="float: right;">1</span></p> <p>Fino a circa il 40% <span style="float: right;">2</span></p> <p>Fino a circa il 60% <span style="float: right;">3</span></p> <p>Fino a circa l'80% <span style="float: right;">4</span></p> <p>Fino a circa il 100% <span style="float: right;">5</span></p>
<p style="text-align: center;"><u>Rilevanza esterna</u></p> <p><b>Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?</b></p> <p>No, ha come destinatario finale un ufficio interno <span style="float: right;">2</span></p> <p>Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento <span style="float: right;">5</span></p>	<p style="text-align: center;"><u>Impatto economico</u></p> <p><b>Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?</b></p> <p>No <span style="float: right;">1</span></p> <p>Sì <span style="float: right;">5</span></p>
<p style="text-align: center;"><u>Complessità del processo</u></p> <p><b>Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?</b></p> <p>No, il processo coinvolge una sola p.a. <span style="float: right;">1</span></p> <p>Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni <span style="float: right;">3</span></p> <p>Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni <span style="float: right;">5</span></p>	<p style="text-align: center;"><u>Impatto reputazionale</u></p> <p><b>Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?</b></p> <p>No <span style="float: right;">0</span></p> <p>Non ne abbiamo memoria <span style="float: right;">1</span></p> <p>Sì, sulla stampa locale <span style="float: right;">2</span></p> <p>Sì, sulla stampa nazionale <span style="float: right;">3</span></p> <p>Sì, sulla stampa locale e nazionale <span style="float: right;">4</span></p> <p>Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale <span style="float: right;">5</span></p>

<b>Valore economico</b>	<b>Impatto organizzativo, economico e sull'immagine</b>
<b>Qual è l'impatto economico del processo?</b> Ha rilevanza esclusivamente interna <span style="float: right;">1</span> Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti) <span style="float: right;">3</span> Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto) <span style="float: right;">5</span>	<b>A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?</b> A livello di addetto <span style="float: right;">1</span> A livello di collaboratore o funzionario <span style="float: right;">2</span> A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa <span style="float: right;">3</span> A livello di dirigente di ufficio generale <span style="float: right;">4</span> A livello di capo dipartimento/segretario generale <span style="float: right;">5</span>
<b>Frazionabilità del processo</b>	
<b>Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)?</b> No <span style="float: right;">1</span> Sì <span style="float: right;">5</span>	/
<b>Controlli</b>	
<b>Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?</b> Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione <span style="float: right;">1</span> Sì, è molto efficace <span style="float: right;">2</span> Sì, per una percentuale approssimativa del 50% <span style="float: right;">3</span> Sì, ma in minima parte <span style="float: right;">4</span> No, il rischio rimane indifferente <span style="float: right;">5</span>	/

L'indagine riguarda tutte le UO dell'AOUS. L'Ufficio del RPCT ha fornito supporto ai Responsabili UO (o loro delegati) nella compilazione delle schede di Mappatura. Al termine della raccolta delle schede (Inizio 2023), verranno analizzati i dati, e verrà redatto un report finale, contenente un resoconto dettagliato dei risultati emersi nonché la definizione degli eventuali interventi correttivi da attuare.

### I primi risultati (31 Dicembre 2022)

Alla data del 31 Dicembre 2022, sono state raccolte 18 Schede di Mappatura dei processi e analisi del rischio di corruzione 2022, compilate dalle diverse UO dell'AOUS.

Le seguenti 9 Unità operative hanno dichiarato la non pertinenza della rilevazione effettuata in riferimento alle attività da loro svolte:

- UO GASTROPENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA OPERATIVA
- UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEA
- UOC CONTROLLO DI GESTIONE
- UOC ENDOCRINOLOGIA
- UOC FISICA SANITARIA

- UOC MEDICINA NUCLEARE
- UOC NEFROLOGIA
- UOC SENOLOGIA
- UOC SENOLOGIA

Le seguenti 7 Unità operative (3 di esse hanno presentato 2 schede, ognuna relativa a 2 diverse aree di rilevazione) hanno rilevato la pertinenza dell'indagine circa le attività da loro svolte ed hanno quindi provveduto a compilare 10 Schede di rilevazione:

- UOC AFFARI GENERALI E LEGALI
- UOC FARMACIA OSPEDALIERA
- UOC FORMAZIONE
- UOC GESTIONE LOGISTICA, ECONOMALE, CONTRATTI E RAPPORTI CON ESTAR
- UOC MEDICINA NUCLEARE
- UOC OCULISTICA
- UOC TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

Le Schede di Rilevazione raccolte afferiscono alle seguenti Aree di Rischio individuate da ANAC:

**Area A)** Acquisizione e progressione del personale: **2 SCHEDE**

**Area B)** Affidamento di lavori, servizi e forniture: **4 SCHEDE**

**Area C)** Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario: **3 SCHEDE**

**Area D)** Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario: **1 SCHEDE**

Per quanto riguarda l'**Area A**, i processi analizzati sono stati:

- Richiesta di personale da assegnare alla UOC
- Assegnazione di incarichi di collaborazione.

In entrambi i casi, la Ponderazione del rischio ha restituito un valore Trascurabile, e non sono state individuate misure preventive ulteriori da attuare rispetto a quelle già presenti. Ciò indica che le misure poste in essere risultano efficaci ed efficienti.

Per quanto riguarda l'**AREA B**, i processi analizzati sono stati:

- Indicazione dei fabbisogni relativi ai farmaci e ai dispositivi medici nell'ambito delle nuove gare regionali bandite da EstaR
- Partecipazione ai collegi tecnici delle gare regionali di farmaci e ai dispositivi medici bandite da EstaR
- Partecipazione alle commissioni giudicatrici delle gare regionali di farmaci e ai dispositivi medici bandite da EstaR
- Richiesta di acquisto in economia tramite RDA ad EstaR di farmaci e ai dispositivi medici non presenti in gara ma necessari e non sostituibili
- Acquisti diretti di farmaci e ai dispositivi medici con fondi derivanti dalle sperimentazioni cliniche
- Acquisizione di beni e servizi di importo inferiore a 40.000€
- Acquisizione di beni e servizi sotto i 5.000€
- Individuazione professionisti per eventuale nomina a componenti di Collegi Tecnici o Commissioni di Gara

La Ponderazione del rischio ha restituito in tutte le analisi svolte un valore Trascurabile, e non sono state individuate misure preventive ulteriori da attuare rispetto a quelle già presenti – e ciò indica che le misure poste in essere risultano efficaci ed efficienti – ad eccezione di 3 casi:

- Acquisizione di beni e servizi sotto i 5.000€: è stata suggerita una procedura di richiesta di preventivi annuali (Alberghi).
- Individuazione professionisti per eventuale nomina a componenti di Collegi Tecnici o Commissioni di Gara: è stata suggerita l'adozione di Istruzioni operative per implementare la trasparenza e la correttezza nell'individuazione delle professionalità
- Acquisizione di beni e servizi di importo inferiore a 40.000€: è stata suggerita l'adozione di Istruzioni operative per sulle verifiche sugli aggiudicatari ex art.80 e 83 D.Lgs. 150/2016 e ss.mm.ii.

Per quanto riguarda l' **AREA C**, i processi analizzati sono stati:

- Prenotazioni CUP per ecografie e pazienti interni/esterni
- Nomina commissione esame finale O.S.S.
- Gestione liste di attesa per situazioni cliniche non urgenti

La Ponderazione del rischio ha restituito in tutte le analisi svolte un valore Trascurabile, e non sono state individuate misure preventive ulteriori da attuare rispetto a quelle già presenti – e ciò indica che le misure poste in essere risultano efficaci ed efficienti – ad eccezione di 1 caso:

- Gestione liste di attesa per situazioni cliniche non urgenti: è stata suggerita la Codifica puntuale di una procedura di classi di priorità approvata dall'AOUS

Per quanto riguarda l' **AREA D**, i processi analizzati sono stati:

- Individuazione di legali esterni
- Conferimento incarico con contestuale pattuizione compensi

La Ponderazione del rischio ha restituito un valore Trascurabile, ed è stata comunque individuata una possibile misure preventiva ulteriore da attuare rispetto a quelle già presenti: è stata suggerita l'introduzione di un Criterio di rotazione nel conferimento dell'incarico nei casi previsti dalle Linee Guida ANAC n. 12 – Affidamento dei servizi legali approvate con delibera n. 907 del 24/10/2018 e ss.mm.ii

L'attività di Mappatura sinora svolta non ha, nel complesso, rilevato particolari criticità in nessuna delle Aree analizzate. Nonostante questo, sono state comunque fornite indicazioni circa la possibilità di introdurre ulteriori misure atte a mitigare possibili episodi di corruzione e maladministration.

L'attività di Mappatura proseguirà, come anticipato, nel corso dei primi mesi del 2023, con l'obiettivo di coinvolgere la totalità delle UO presenti in Azienda. Al termine, sarà prodotto un Report finale contenente un resoconto dettagliato di tutti i dati raccolti, al fine di redigere un elenco delle eventuali misure correttive da attuare, corredato dalla relativa tempistica di attuazione.



Azienda ospedaliero-universitaria Senese



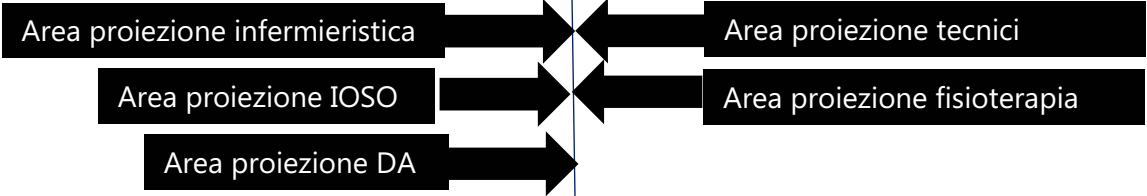
# *STATUTO AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE*

COLLEGATO

I DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA (D.A.I.)

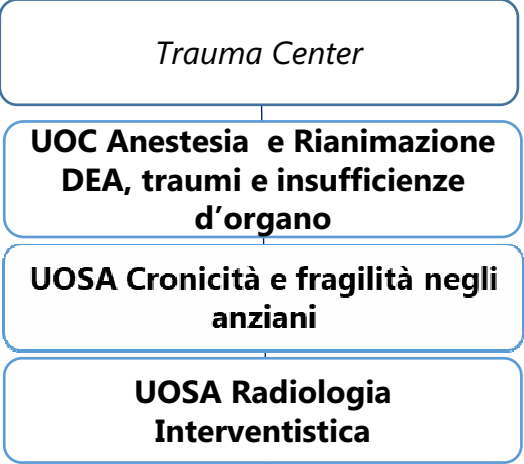


Dipartimento di Emergenza-Urgenza e dei Trapianti



**Legenda**

O = Strutture a Direzione Ospedaliera  
U = Strutture a Direzione Universitaria



**Area Emergenza-Urgenza**

O **UOC Pronto Soccorso**

O **UOSA Diagnostica in  
Emergenza-Urgenza**

U **UOC Stroke Unit**

O **UOC Ortopedia ad indirizzo  
traumatologico**

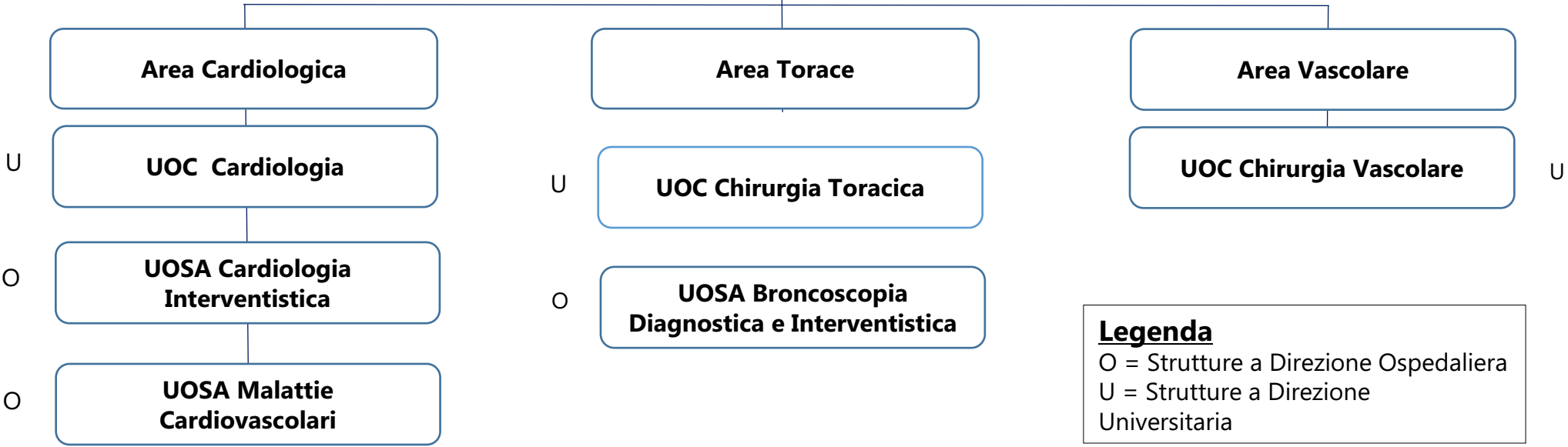
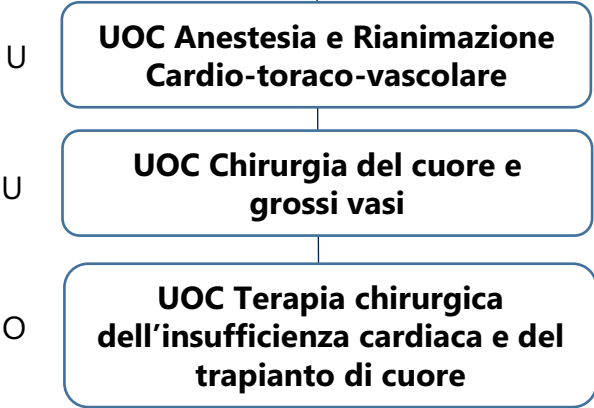
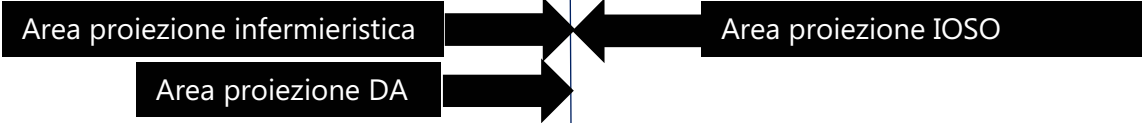
**Area Trapianti**

**UOC Chirurgia Trapianti di  
Rene** U

**UOC Nefrologia, Dialisi e  
Trapianti** O

**UOSA Trapianto di Polmone** U

Dipartimento Cardio-Toraco-  
Vascolare



**Legenda**  
O = Strutture a Direzione Ospedaliera  
U = Strutture a Direzione  
Universitaria

Dipartimento Innovazione, sperimentazione e ricerca clinica e traslazionale

Area proiezione tecnici sanitari

Area proiezione IOSO

Area proiezione DA

Area Donazione e Produzione cellule e tessuti

Area Medicina diagnostica di laboratorio

Area Assistenza Ricerca Clinica e traslazionale

O UOC Terapie cellulari e officina trasfusionale

U UOC Genetica Medica

U UOC Laboratorio di assistenza e ricerca traslazionale

O UOC Immunoematologia e Servizio Trasfusionale

U UOC Microbiologia Virologia

U UOC Diabetologia e Malattie Metaboliche

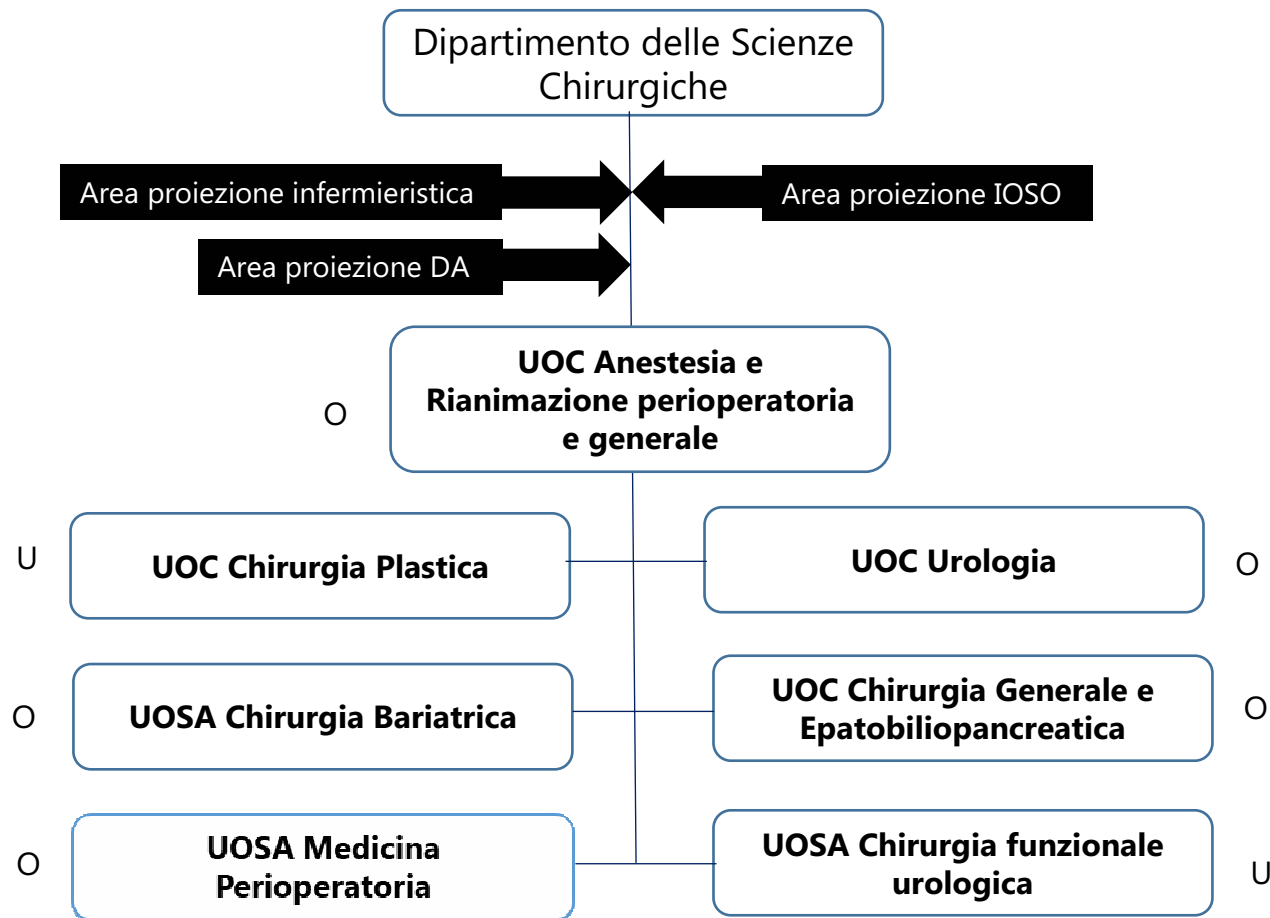
O UOC Laboratorio Patologia Clinica

O UOSA Dietetica e Nutrizione Clinica

U UOSA Programmazione e Coordinamento Ricerca Clinica

**Legenda**

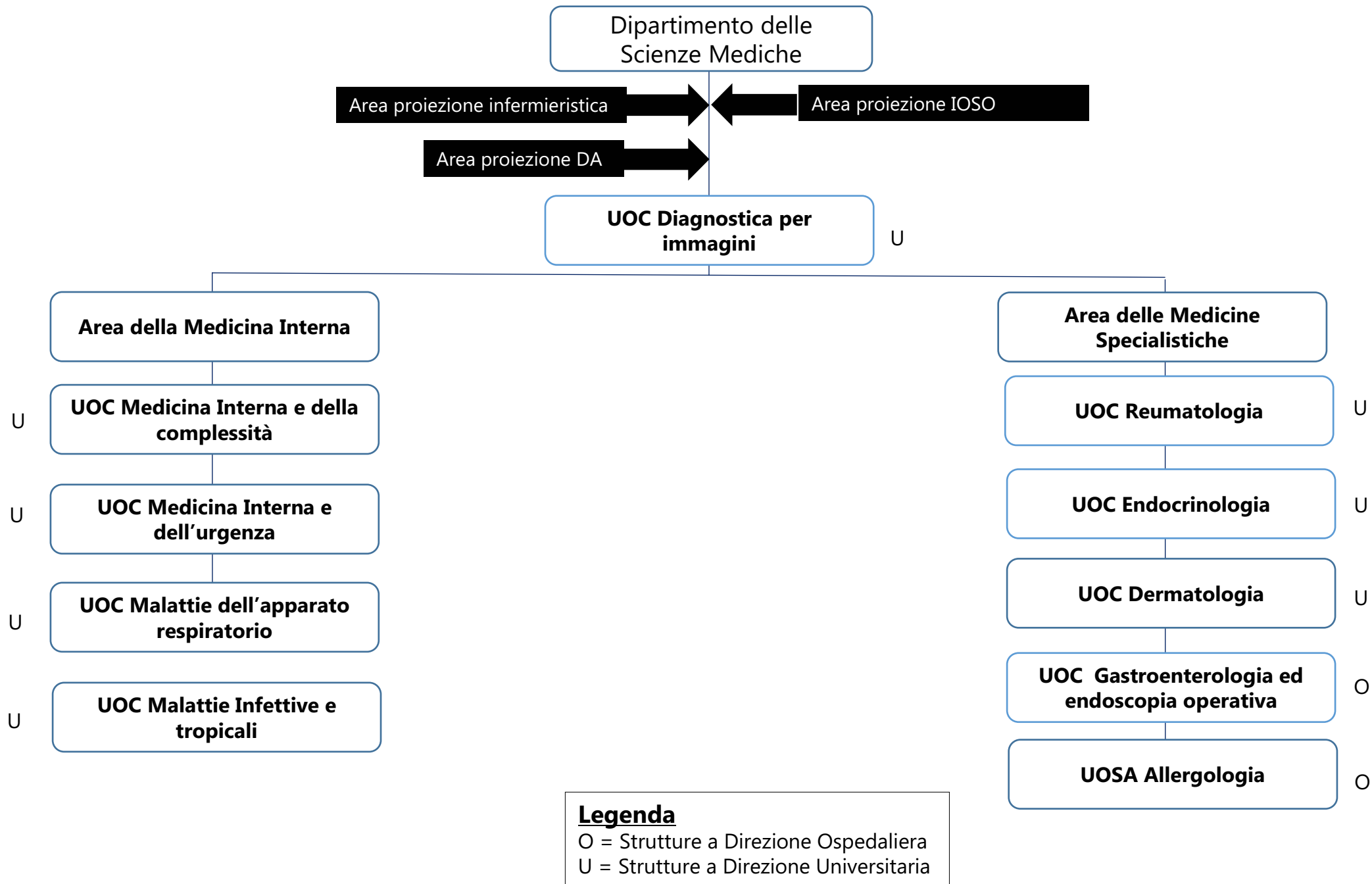
O = Strutture a Direzione Ospedaliera  
U = Strutture a Direzione Universitaria



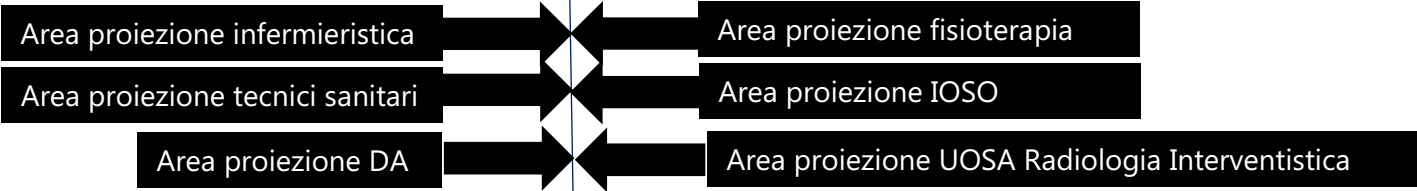
\*Proiezione in dipartimento delle scienze mediche

**Legenda**

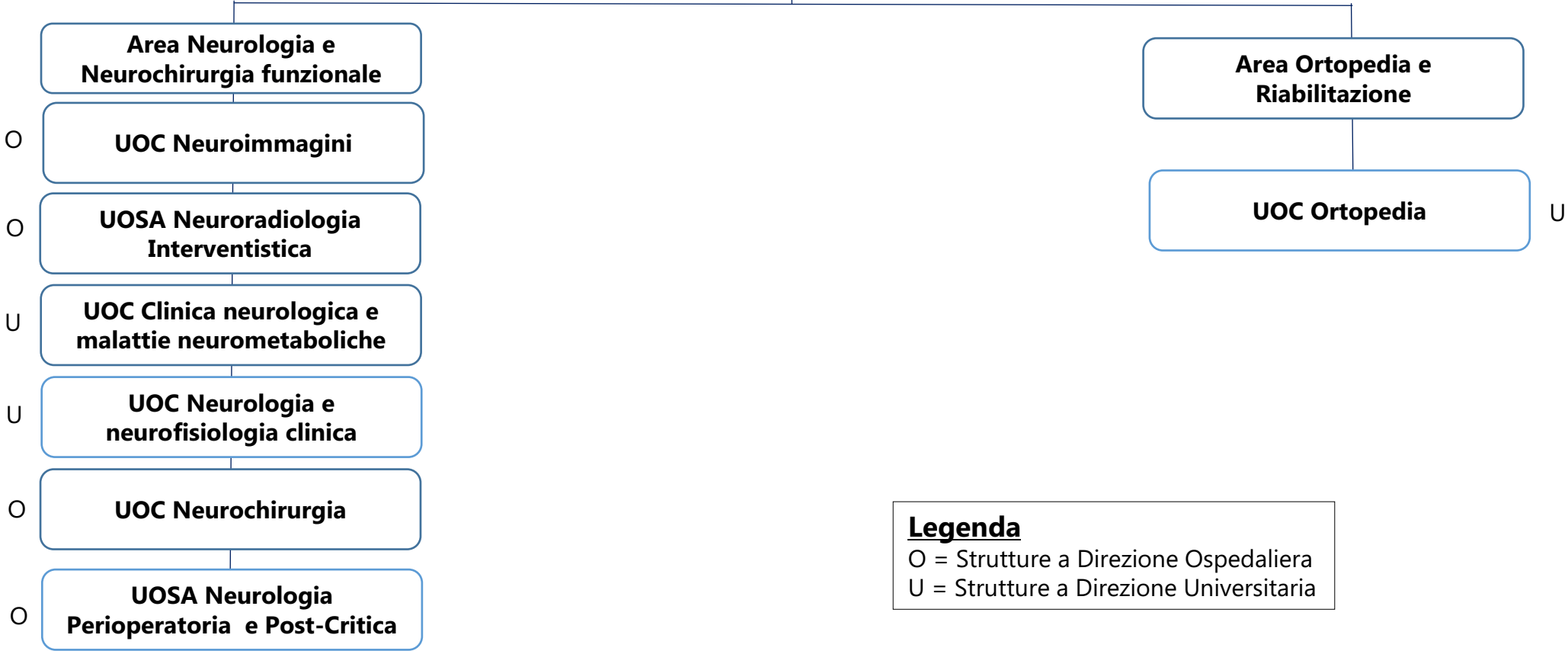
O = Strutture a Direzione Ospedaliera  
 U = Strutture a Direzione Universitaria



Dipartimento delle Scienze Neurologiche e Motorie



○ UOC Anestesia e rianimazione Neurochirurgica



**Legenda**  
○ = Strutture a Direzione Ospedaliera  
U = Strutture a Direzione Universitaria

Dipartimento Oncologico

Area proiezione infermieristica

Area proiezione IOSO

Area proiezione DA

UOSA CORD

U

UOC Medicina nucleare

O

Area Chirurgica

UOC Chirurgia Generale ad indirizzo oncologico

Area Medica

UOC Anatomia patologica

U

UOC Immunoterapia oncologica

U

UOC Radioterapia

U

UOC Oncologia medica

O

UOC Ematologia

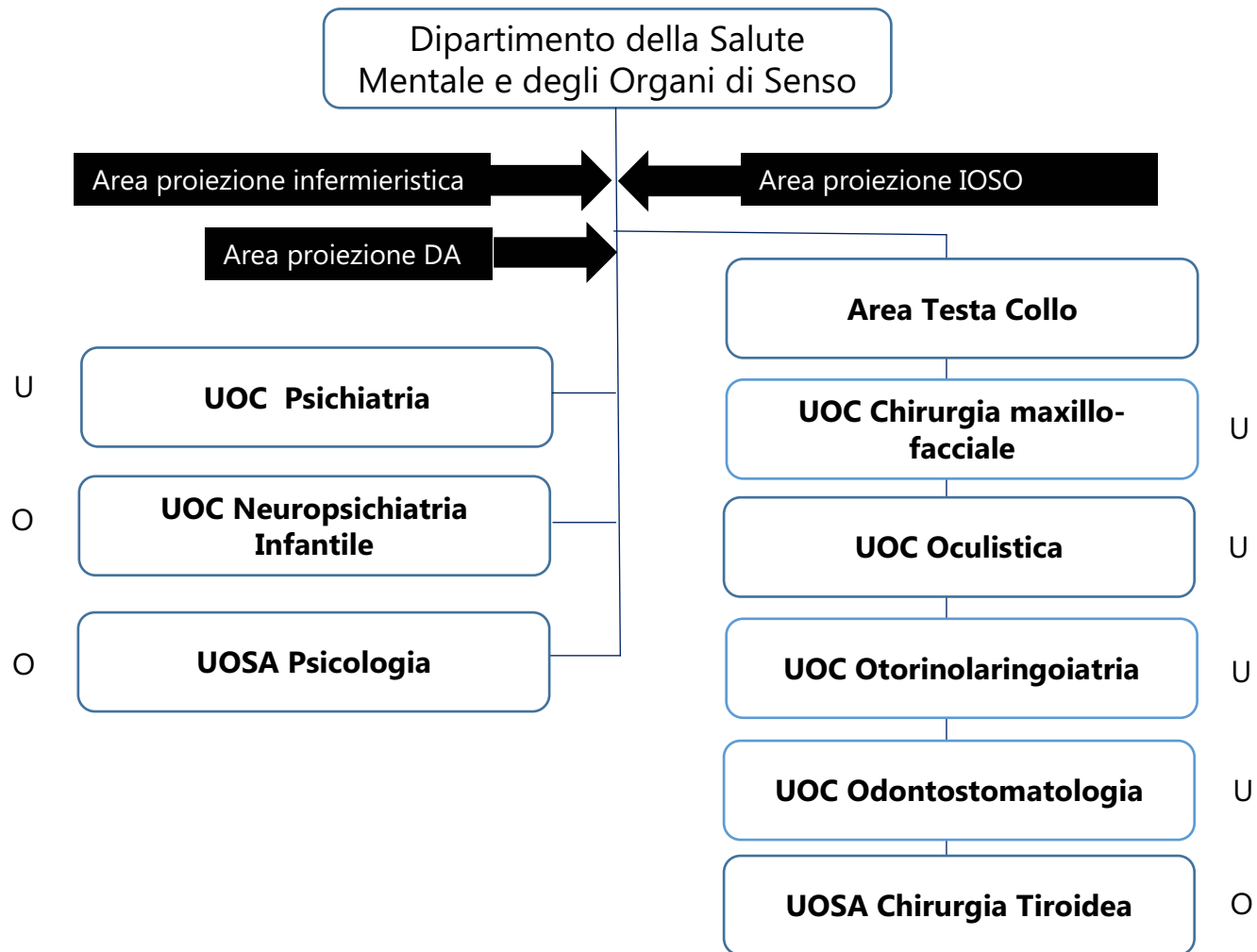
U

UOC Senologia

O

**Legenda**

O = Strutture a Direzione Ospedaliera  
U = Strutture a Direzione Universitaria

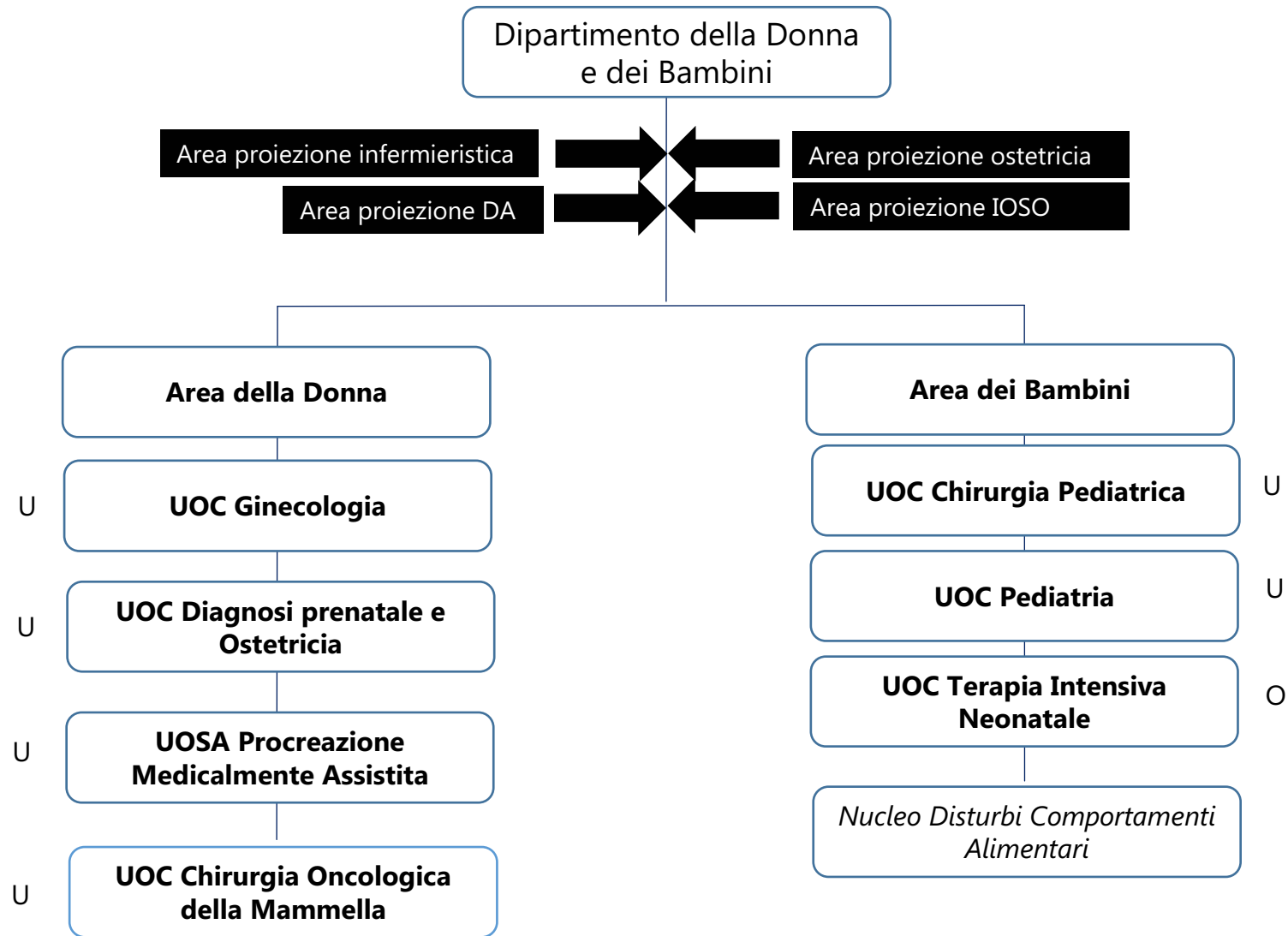


**Legenda**

O = Strutture a Direzione Ospedaliera

U = Strutture a Direzione Universitaria



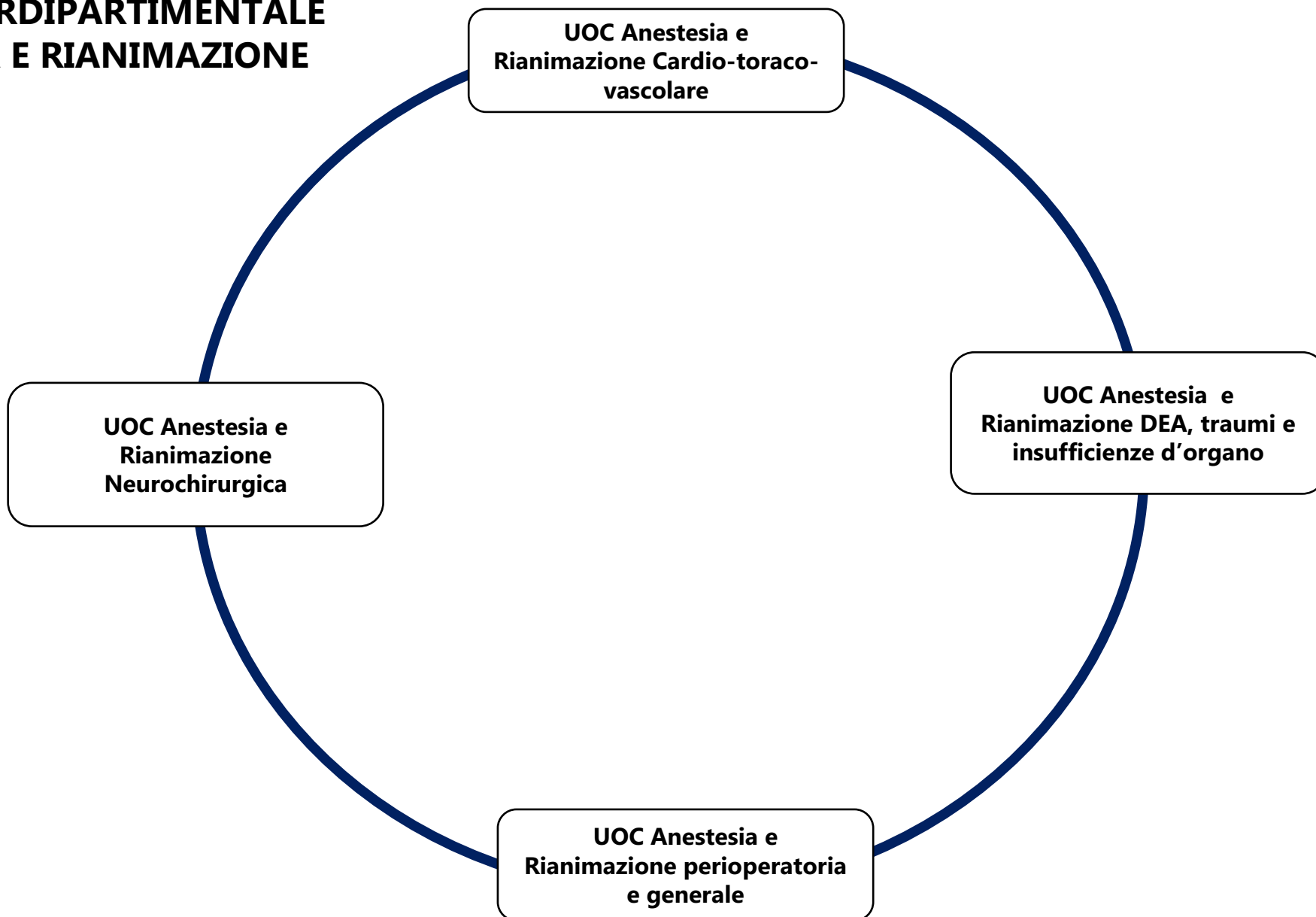


**Legenda**

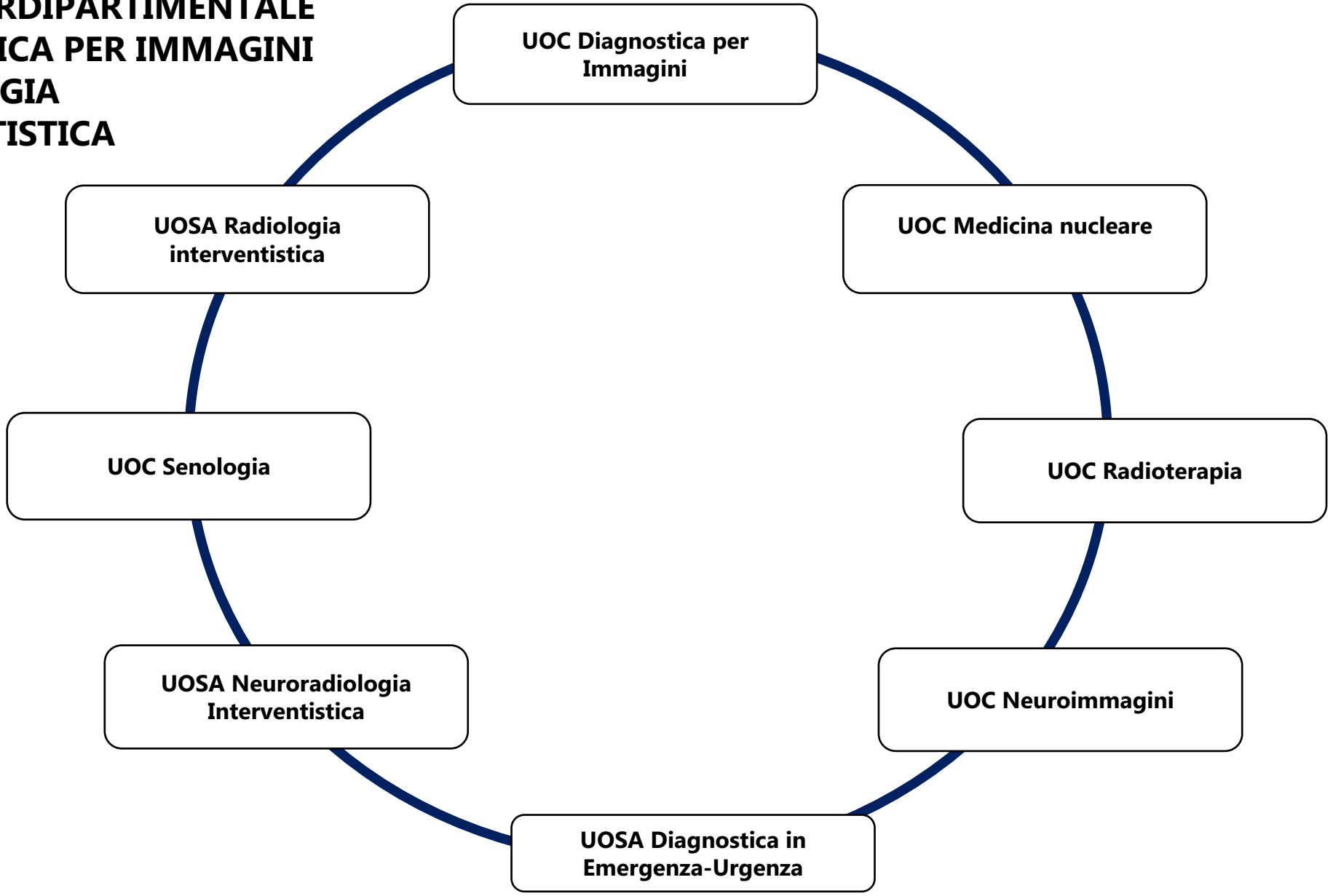
O = Strutture a Direzione Ospedaliera

U = Strutture a Direzione Universitaria

# AREA INTERDIPARTIMENTALE ANESTESIA E RIANIMAZIONE



**AREA INTERDIPARTIMENTALE  
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI  
RADIOLOGIA  
INTERVENTISTICA**





Azienda ospedaliero-universitaria Senese



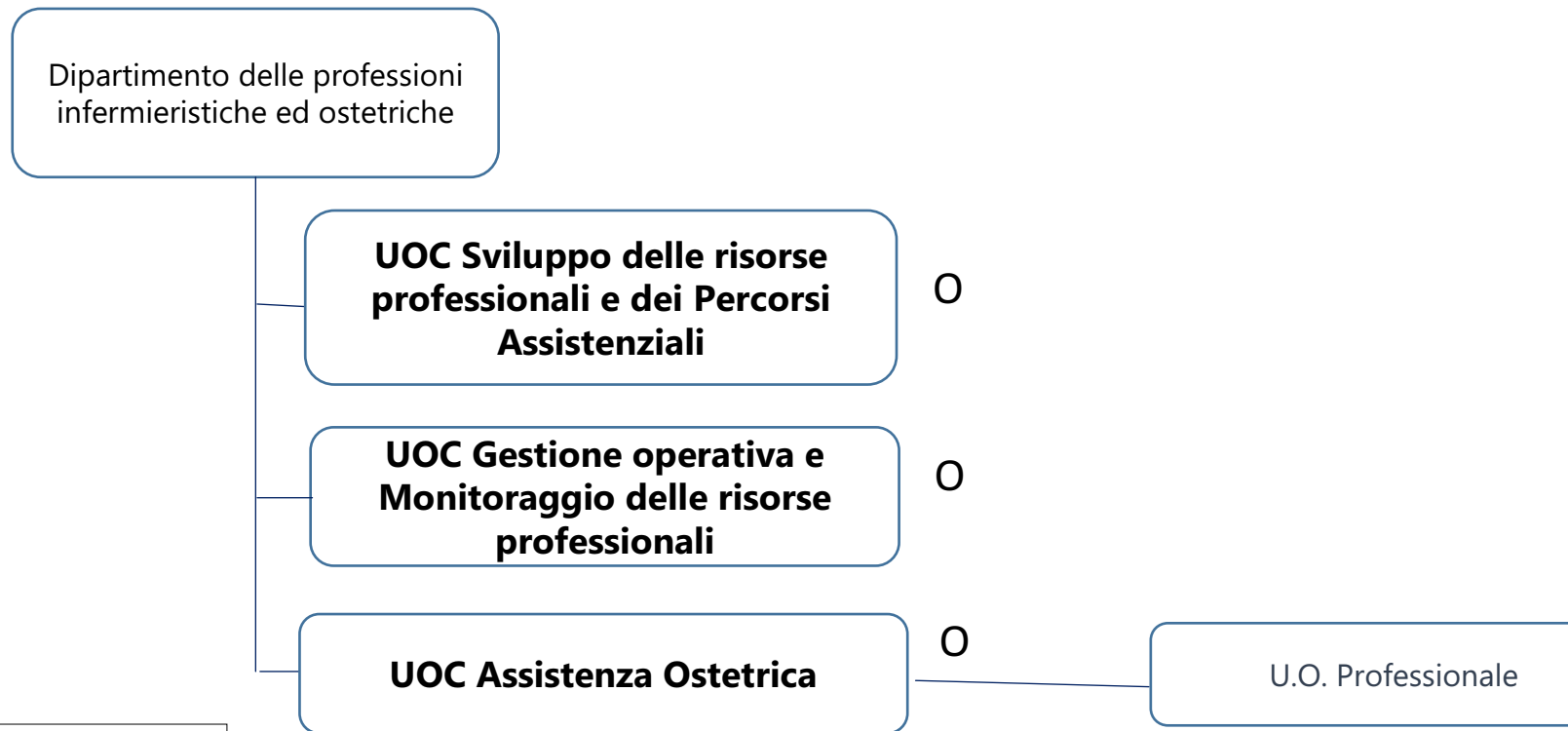
# *STATUTO AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE*

I DIPARTIMENTI DELLE PROFESSIONI

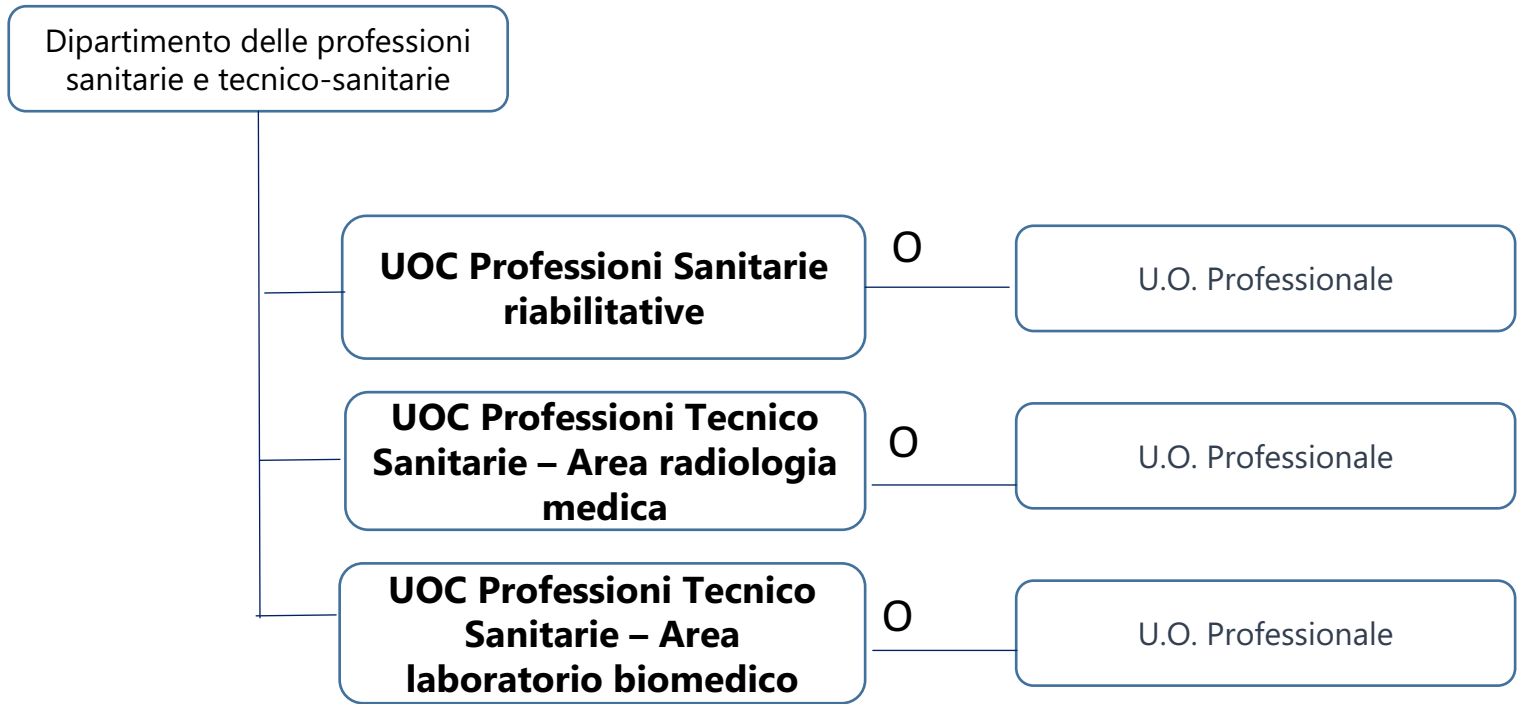
LA DIREZIONE GENERALE

LA DIREZIONE SANITARIA

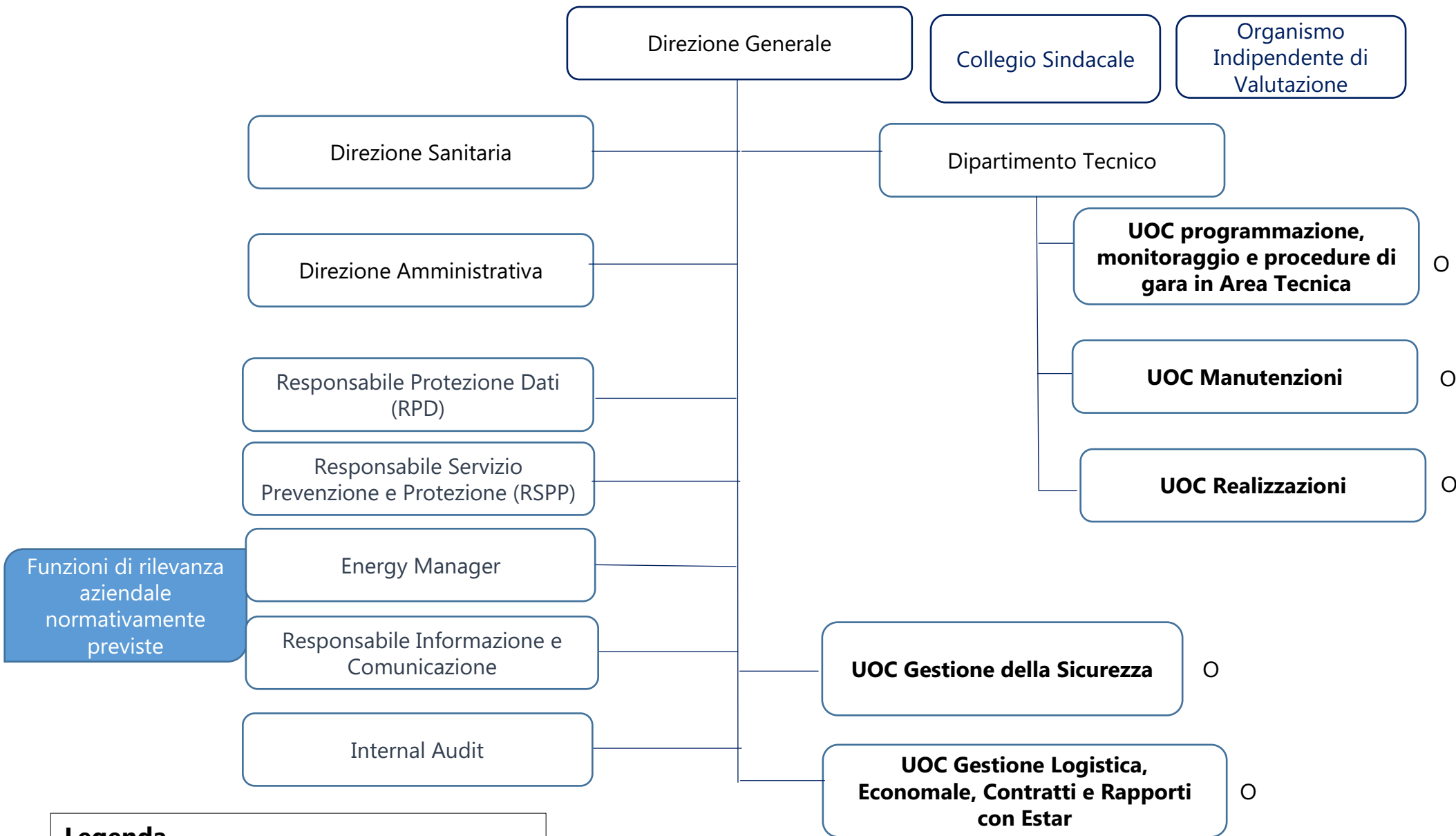
LA DIREZIONE AMMINISTRATIVA



**Legenda**  
O = Strutture a Direzione Ospedaliera  
U = Strutture a Direzione Universitaria



**Legenda**  
O = Strutture a Direzione Ospedaliera  
U = Strutture a Direzione Universitaria



Direzione Generale

Collegio Sindacale

Organismo Indipendente di Valutazione

Direzione Sanitaria

Dipartimento Tecnico

Direzione Amministrativa

**UOC programmazione, monitoraggio e procedure di gara in Area Tecnica**

Responsabile Protezione Dati (RPD)

**UOC Manutenzioni**

Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP)

**UOC Realizzazioni**

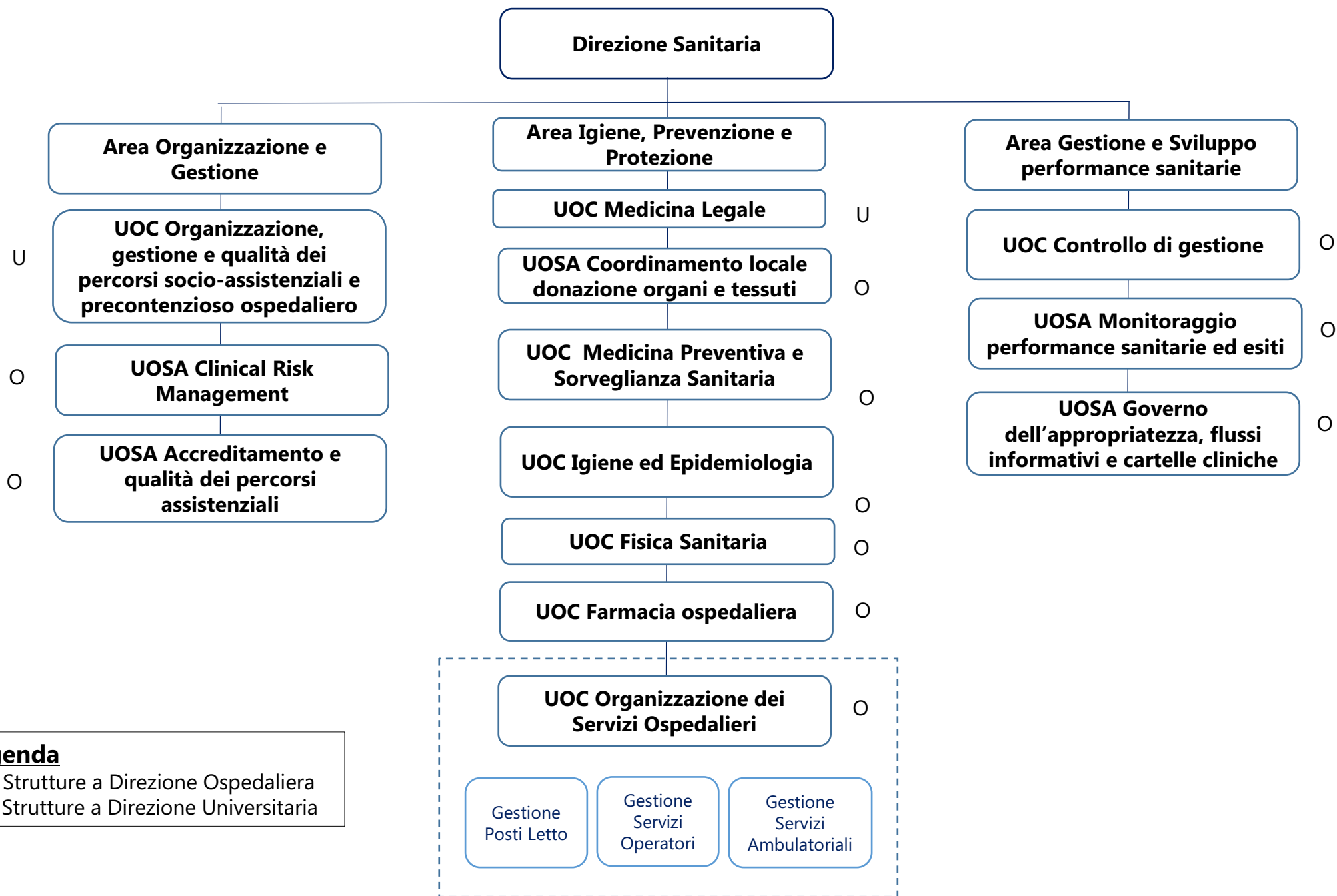
Energy Manager

Responsabile Informazione e Comunicazione

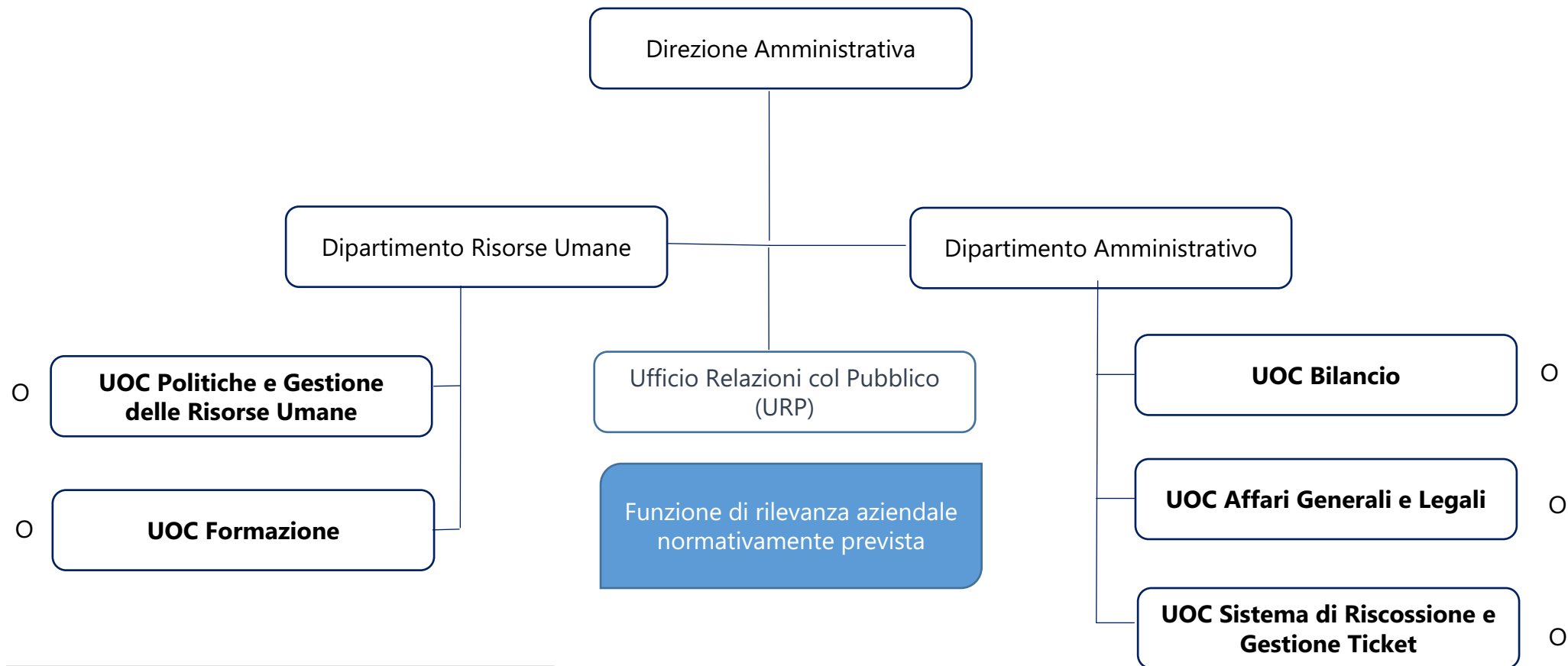
**UOC Gestione della Sicurezza**

Internal Audit

**UOC Gestione Logistica, Economale, Contratti e Rapporti con Estar**







**Legenda**  
 O = Strutture a Direzione Ospedaliera  
 U = Strutture a Direzione Universitaria

# AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE

## Piano triennale dei fabbisogni di personale 2022-2024

### *INDICE*

1. INQUADRAMENTO NORMATIVO E CONCETTUALE DEL PTFP
2. RAPPRESENTAZIONE DELLA CONSISTENZA DI PERSONALE AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO PRECEDENTE
  - 2.1 CONSISTENZA IN TERMINI QUANTITATIVI
  - 2.2 DESCRIZIONE PERSONALE IN SERVIZIO IN RELAZIONE AI PROFILI PROFESSIONALI PRESENTI
3. PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELLE RISORSE UMANE
  - 3.1 CAPACITA' ASSUNZIONALE
  - 3.2 CESSAZIONI PREVISTE PER IL TRIENNIO 2022-2024
4. EVOLUZIONE DEI BISOGNI ED OBIETTIVI DI TRASFORMAZIONE NELL'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE
5. STRATEGIE DI COPERTURA DEL FABBISOGNO INTERNE ALL'AMMINISTRAZIONE
  - 5.1 ASSEGNAZIONI INTERNE ALL'AZIENDA
  - 5.2 PROGRESSIONI DI CARRIERA
  - 5.3 RIQUALIFICAZIONI FUNZIONALI
  - 5.4 PROGETTI DI ATTIVITA' AGGIUNTIVA
6. STRATEGIE DI COPERTURA DEL FABBISOGNO ESTERNE ALL'AMMINISTRAZIONE
  - 6.1 INTRODUZIONE
  - 6.2 STABILIZZAZIONI
  - 6.3 CATEGORIE PROTETTE
  - 6.4 MOBILITA' ESTERNA, COMANDI, ASSEGNAZIONI TEMPORANEE
  - 6.5 CONCORSI
  - 6.6 RICORSO A RAPPORTI DI LAVORO FLESSIBILI
  - 6.7 SPECIALISTICA AMBULATORIALE
  - 6.8 PERSONALE UNIVERSITARIO CONVENZIONATO
7. FORMAZIONE DEL PERSONALE
8. SINTESI CONCLUSIVA

*ALLEGATO 1: Tabella assunzioni/cessazioni programmate 2022-2024*

# AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE

## 1. INQUADRAMENTO NORMATIVO E CONCETTUALE DEL PTFP

Il presente PTFP, tenuto conto di quanto previsto dalla DGRT n. 700 del 20.06.2022, si pone l'obiettivo di programmare il fabbisogno di risorse umane dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese per gli anni 2022, 2023 e 2024 alla luce delle indicazioni regionali, della programmazione aziendale, delle principali tendenze che interessano il campo di azione sanitario in generale e dell'impatto dell'emergenza da Covid-19 ancora in atto.

Coerentemente con quanto previsto dalla normativa di riferimento, il quadro in esso delineato persegue la compatibilità con i vincoli di finanza pubblica vigenti e tiene conto degli interventi normativi in materia di contenimento della pandemia da Covid-19.

I contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche”* pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale n. 173 del 27/07/2018.

L'approccio utilizzato per la stesura del Piano cerca di tener conto del grado di compatibilità tra i possibili scenari futuri e i principali vincoli di sistema, avendo riguardo al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini; tiene inoltre conto, per la parte riguardante il personale universitario convenzionato, delle strategie concordate all'interno della Commissione Paritetica Mista AOUS – Università degli Studi di Siena

A causa della variabilità legata alla pandemia ancora in atto, l'impostazione di questa sezione privilegia la definizione degli spazi di manovra economici rispetto all'analisi di dettaglio delle dinamiche dei singoli profili professionali. Ciò al fine di mantenere sempre attuale lo strumento a fronte di probabili mutamenti di scenario che possono indurre in ogni momento cambiamenti significativi nelle priorità assunzionali.

Il piano triennale dei fabbisogni di personale, introdotto e disciplinato dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, così come novellato dal D. Lgs. n. 75 del 2017, è uno strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle amministrazioni in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e ad assicurare, da parte delle amministrazioni destinatarie, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Il PTFP costituisce oggi una delle sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione, di cui all'articolo 6, comma 6, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

Il piano viene definito, in coerenza con l'attività di programmazione complessivamente intesa, sia come documento che si pone alla base delle regole costituzionali di buona amministrazione, sia come strumento imprescindibile di un'organizzazione chiamata a garantire il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese.

Nella predisposizione del PTFP l'Azienda si pone l'obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi di performance definiti e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione dei servizi assistenziali alla popolazione.

Il PTFP, anche dopo l'inserimento quale sezione specifica del PIAO, si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze, soprattutto in questo periodo, possono anche richiedere eventuali modifiche in corso d'anno, ove ci si trovi di fronte a situazioni non prevedibili in particolare legate all'andamento della pandemia, purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

Si fa presente a tal proposito che l'Azienda sta adottando un modello organizzativo flessibile, proprio al fine di garantire la tenuta dei servizi in relazione ai periodi di calo o di recrudescenza della pandemia; sebbene lo stato di emergenza sia cessato al 31.03.2022, infatti, l'Area Covid-19 dell'Azienda registra ancora oggi un importante numero di ricoveri.

La logica alla quale si ispira il PTFP è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie per far fronte ai fabbisogni. Queste ultime sono il frutto di una analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali che, nel caso della nostra Azienda, sono prevalentemente ma non esclusivamente riconducibili alle professioni sanitarie e di "core business" piuttosto che a quelle di supporto o di back office.

Per le annualità oggetto del piano, la programmazione tiene conto anche dell'esigenza di garantire gli investimenti finanziati a valere sulle risorse del PNRR.

Il presente PTFP, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, si ispira ai principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione, coerentemente con le azioni previste nella sezione corrispondente del presente PIAO.

Il PTFP nel rispetto dell'art. 16 del D. Lgs n. 33 del 14 marzo 2013 *“Obblighi di pubblicazione concernenti la dotazione organica e il costo del personale con rapporto di*

# AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE

*lavoro a tempo indeterminato*” una volta adottato viene comunicato a SICO quale ente dedicato all’acquisizione dei flussi informativi previsti dal Titolo V del D. Lgs. n.165/2001, riguardanti il personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche.

Coerentemente con quanto richiesto dalle Linee di indirizzo ministeriali il presente PTFP indica anche:

- le scelte operate in materia di procedure di “stabilizzazione” del personale;
- il ricorso ad ogni forma di lavoro flessibile;
- le assunzioni obbligatorie della Legge n. 68/99 e le categorie protette nel rispetto della normativa prevista in materia di quote d'obbligo.

Il presente PTFP è predisposto in coerenza con l'atto aziendale approvato ai sensi dell'art. 3, comma 1-bis del D. Lgs. n. 502/92 e viene sottoposto alla Regione Toscana per la sua approvazione.

## **2. RAPPRESENTAZIONE DELLA CONSISTENZA DI PERSONALE AL 31 DICEMBRE DELL’ANNO PRECEDENTE**

### 2.1 CONSISTENZA IN TERMINI QUANTITATIVI

L’anno 2021 si è concluso con un quadro del personale in servizio pari a:

- n. 2723 dipendenti a tempo indeterminato;
- n. 87 dipendenti a tempo determinato;
- n. 79 unità con incarico libero professionale;
- n. 7 lavoratori con contratto di somministrazione lavoro;
- n. 3 specialisti ambulatoriali interni;
- n. 195 dipendenti universitari convenzionati (docenti e personale non docente).

Riguardo agli aspetti economici, il costo del personale dipendente di competenza dell’anno 2021 è pari ad € 109.989.213,41 al netto degli oneri riflessi e dell’IRAP (€ 150.898.172,15 al lordo di oneri ed IRAP, oltre ad altre voci di spesa quali i rimborsi spese); i dati sono da ritenersi ancora provvisori, tenuto conto che il bilancio consuntivo non è ancora chiuso.

Il costo indicato è al lordo degli incrementi contrattuali intervenuti successivamente all’anno 2004 e comprende anche il costo di Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo.

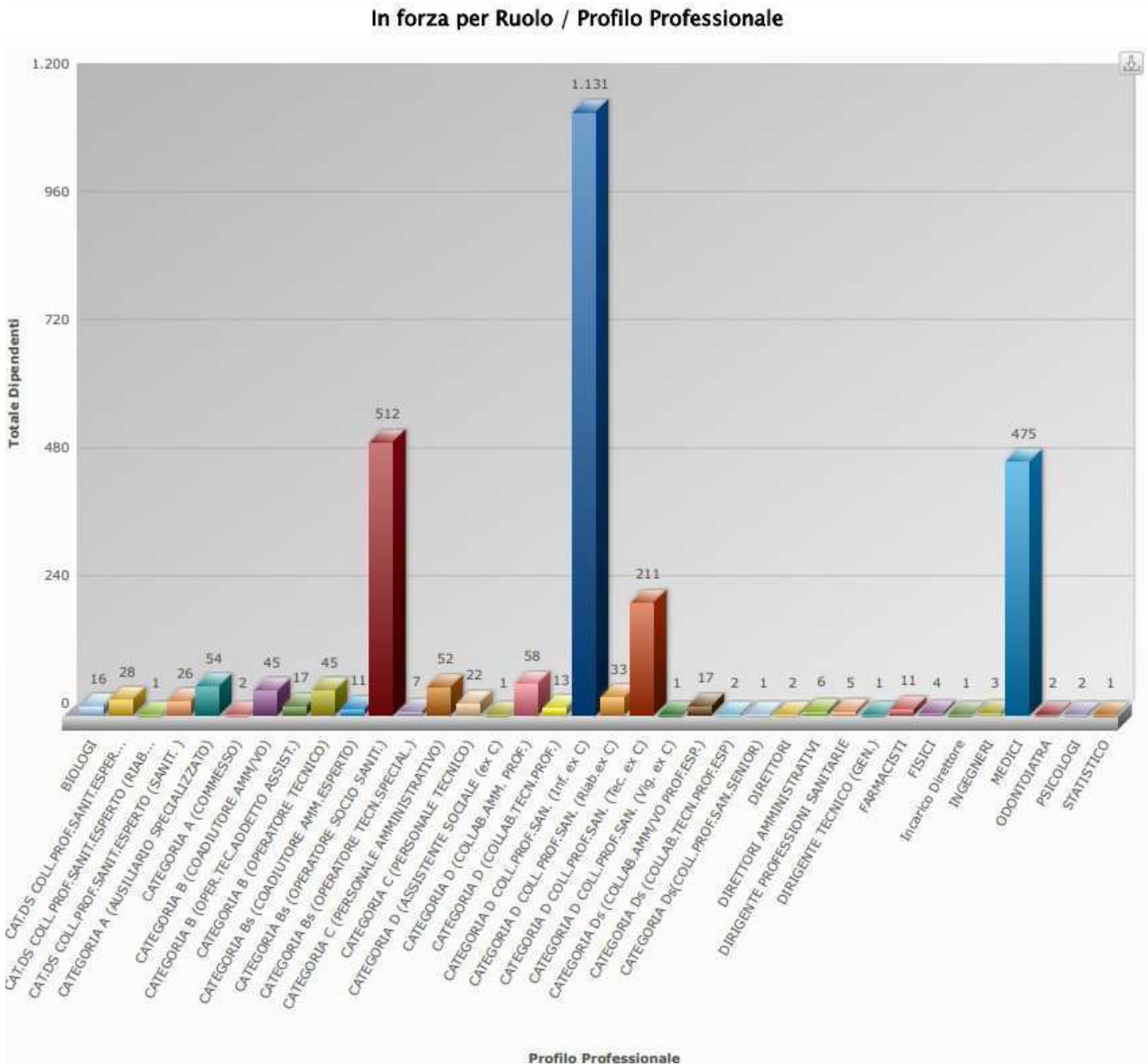
Poiché una analisi compiuta della voce “Costo del Personale” deve tenere conto anche delle risorse impiegate per l’attivazione dei contratti di somministrazione lavoro, per gli eventuali contratti libero professionali e per il personale universitario, si specifica che nell’anno 2021 i

# AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE

costi sostenuti dall'Azienda per queste voci (dati ancora provvisori tenuto conto che il bilancio consuntivo non è ancora chiuso) sono stati:

- Contratti libero professionali: € 2.474.255,00 (di cui € 494.500,00 finanziati con fondi privati/art. 12/comunitari, € 1.173.825,00 per incarichi ex art. 2-bis D.L. 18/2020 per emergenza Covid-19 e € 805.930,00 finanziati a bilancio o con fondi pubblici);
- Contratti di somministrazione lavoro: € 116.243,72;
- Costi per personale universitario € 11.884.933,83;

## 2.2 DESCRIZIONE PERSONALE IN SERVIZIO IN RELAZIONE AI PROFILI PROFESSIONALI PRESENTI



# AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE

## 3. PROGRAMMAZIONE STRATEGICA DELLE RISORSE UMANE

### 3.1 CAPACITA' ASSUNZIONALE

Ai sensi dell'art. 11 del DL. 35/2019, convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019 n. 60, la Regione Toscana, con Deliberazione GRT n. 700 del 20.06.2022 ha precisato che il limite di spesa di personale delle Aziende ed Enti del SSR, a livello regionale, è il valore della spesa prevista dall'articolo 2 comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, cioè quello corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento, essendo più favorevole rispetto al valore della spesa sostenuta nell'anno 2018.

Ai limiti di spesa suddetti si aggiungono i costi normativamente autorizzati per il reclutamento straordinario connesso alle esigenze di gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19, nonché gli incrementi annuali previsti del FSR.

Con la stessa DGRT è stato confermato l'utilizzo, da parte delle Aziende ed Enti del SSR, dello schema di Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale adottato con DGR 1509 del 30 novembre 2020 all'allegato A e con la citata DGR 1509 del 30 novembre 2020 sono state emanate le linee di indirizzo alle Aziende e agli Enti del SSR per la rideterminazione dei fondi contrattuali in attuazione dell'art. 11 del DL 30 aprile 2019 n. 35, tenendo conto delle indicazioni operative contenute nella circolare MEF del 1 settembre 2020 e nel documento *“Indicazioni applicative per l'incremento dei fondi per il trattamento accessorio del personale delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario nazionale in relazione al disposto dell'articolo 11, comma 1, del Decreto Legge n. 35/2019, convertito con la Legge n. 60/2019”*, approvato dalla Conferenza delle regioni e delle Province autonome nella seduta del 22 ottobre 2020.

Per l'anno 2022, la capacità assunzionale dell'AOUS dunque è calcolata con riferimento al rispetto dei limiti di spesa di cui alle disposizioni normative sopra indicate ed alle indicazioni regionali; il limite corrispondente alla spesa dell'anno 2004, diminuito dell'1,4 per cento, ammonta per l'Azienda ad € 122.584.275,00 (cui devono essere aggiunti gli incrementi annuali del FSR).

### 3.2 CESSAZIONI PREVISTE PER IL TRIENNIO 2022-2024

Per quanto riguarda le cessazioni previste per gli anni oggetto di programmazione di questo documento, deve essere precisato, in base alle analisi delle annualità trascorse, che le stesse non sono prevedibili ad inizio anno per una quota almeno pari al 40% del totale, per cui si

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

ritiene ragionevole, per dare un maggior grado di approssimazione all'analisi, fare riferimento ai dati storici con eventuali correzioni che tengano conto delle tendenze in atto.

In quest'ottica, per gli anni 2022, 2023 e 2024 gli effetti economici delle cessazioni e delle assunzioni previste annualmente sono elencate nella tabella allegata (allegato n. 1 - PTFP).

La tabella riporta, come richiesto dalle Linee Guida regionali, anche l'andamento delle consistenze di personale al 31.12.2019, al 31.12.2020 e al 31.12.2021.

Si sottolinea che l'AOUS presenta annualmente un elevato tasso di turn over del personale appartenente al ruolo sanitario, tanto che, con il contributo del tavolo sindacale, sarà definito e attuato un progetto di accoglienza per i neoassunti che prenderà le mosse dalle cause e che sarà volto a fornire una serie di strumenti di supporto ai dipendenti in assunzione tesi a favorire ed incentivare la permanenza presso l'AOUS.

#### **4. EVOLUZIONE DEI BISOGNI ED OBIETTIVI DI TRASFORMAZIONE NELL'ALLOCAZIONE DELLE RISORSE**

L'Azienda ospedaliero-universitaria Senese ha avviato un importante processo di revisione dell'assetto organizzativo in una serie di settori strategici (vedi sezione 2 – Struttura organizzativa), funzionale anche alla migliore allocazione delle risorse umane tra le strutture coinvolte.

Tra le iniziative programmate si segnalano le seguenti:

- a partire dal 2022 e per il triennio 2022-2024, il Dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche e il Dipartimento delle professioni sanitarie e tecnico sanitarie saranno irrobustiti sia mediante le riorganizzazioni necessarie, che vedranno anche una diversa allocazione degli incarichi di funzione conferiti, da condividere all'interno dell'azienda con i professionisti e i contesti aziendali opportuni, sia assegnando la responsabilità delle strutture dirigenziali ancora vacanti;
- con riferimento ai profili del comparto addetti all'assistenza, ed in particolare per il personale dei profili afferenti al Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Tecnico Sanitarie, sarà promossa una riorganizzazione tesa ad assegnare le risorse, anziché alle singole strutture organizzative, ad aree funzionali omogenee in modo da ottimizzare l'utilizzo delle professionalità all'interno dell'Azienda;
- sarà avviato in particolare un percorso di riorganizzazione dei laboratori aziendali, finalizzato ad una più efficiente ed efficace gestione delle risorse, sia umane che strumentali;



## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

- con particolare riferimento al personale del ruolo amministrativo e tecnico non addetto all'assistenza, è in corso un processo di riorganizzazione dei servizi che dovrebbe consentire l'esternalizzazione delle attività in front-office ed il recupero del personale attualmente impegnato verso altre strutture ed uffici in cui si presentino carenze, sia del Centro Direzione che del Presidio.

### **5. STRATEGIE DI COPERTURA DEL FABBISOGNO INTERNE ALL'AMMINISTRAZIONE**

#### **5.1 ASSEGNAZIONI INTERNE ALL'AZIENDA**

Con Deliberazione n. 1194 del 05.11.2021, l'Azienda ha adottato una procedura per il monitoraggio delle assegnazioni funzionali, per Dipartimento/Area/Struttura e/o ambito organizzativo, del personale, che risponde all'esigenza di individuare le strutture all'interno delle quali questo svolge le proprie attività così da poter valutare meglio le priorità tra le richieste di reclutamento, individuando gli specifici contesti di eventuale sofferenza organizzativa sui quali intervenire. Le eventuali sofferenze organizzative vengono poi identificate anche rapportando le unità di personale alle tipologie di attività da svolgere e ai volumi delle stesse.

Tale procedura costituisce anche un importante strumento di analisi dei contesti organizzativi, finalizzato allo sviluppo di una migliore allocazione delle risorse presenti, da attuare mediante processi di riassegnazione interna.

Sempre con tale finalità, con il contributo del tavolo sindacale, sarà progettato e attuato un sistema di mappatura delle competenze esteso a tutti i profili professionali con l'obiettivo di allocare le risorse umane negli ambiti organizzativi più idonei tenendo conto anche delle aspettative dei dipendenti e valorizzandone le esperienze acquisite. Tale sistema avrà il fine da un lato di favorire lo sviluppo professionale dei dipendenti e dall'altro lato di consentire che l'organizzazione possa agire con la massima efficacia ed efficienza possibile. Inoltre, il sistema permetterà di valutare il fabbisogno formativo del personale ed attuare le misure necessarie per il raggiungimento di livelli elevati nell'applicazione delle buone pratiche nei percorsi clinico-assistenziali.

L'art. 30 c. 2 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. dispone che *“Nell'ambito dei rapporti di lavoro di cui all'articolo 2, comma 2, i dipendenti possono essere trasferiti all'interno della stessa amministrazione o, previo accordo tra le amministrazioni interessate, in altra amministrazione, in sedi collocate nel territorio dello stesso comune ovvero a distanza non*

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

*superiore a cinquanta chilometri dalla sede cui sono adibiti. Ai fini del presente comma non si applica il terzo periodo del primo comma dell'articolo 2103 del codice civile.”*

L'Azienda ospedaliero-universitaria Senese è costituita da un unico Presidio, per cui ai mutamenti di assegnazione non si applicano le disposizioni in tema di mobilità interna.

Con Deliberazione n. 557 del 30.09.2014 l'Azienda ha tuttavia adottato il *Regolamento per la gestione degli spostamenti interni del personale*, che disciplina le procedure per le assegnazioni interne.

A partire dall'anno 2022 è prevista la revisione di tale Regolamento, con la ridefinizione in particolare:

- delle aree di assegnazione del personale del comparto del ruolo sanitario o comunque addetto all'assistenza, all'interno delle quali il personale può svolgere le proprie attività;
- delle procedure da adottare per gli spostamenti interni tra aree di assegnazione;
- dei criteri, delle procedure e dei contenuti specifici degli avvisi relativi allo spostamento interno del personale appartenente al ruolo amministrativo o tecnico non addetto all'assistenza.

Per quanto concerne i profili della dirigenza, le assegnazioni interne sono attuate attraverso il sistema degli incarichi professionali.

### **5.2 PROGRESSIONI DI CARRIERA**

Per quanto concerne le progressioni di carriera, nelle more delle nuove disposizioni contrattuali in materia, questa Azienda procederà a riservare i posti per gli interni nei concorsi pubblici che saranno banditi da Estar per i profili oggetto del fabbisogno, nei limiti delle percentuali previste dalle norme vigenti.

### **5.3 RIQUALIFICAZIONI FUNZIONALI**

Con riferimento al personale del comparto, nelle more di nuove disposizioni contrattuali in materia, con Deliberazione n. 471 del 24.05.2019 l'Azienda ha adottato il Regolamento per la definizione delle procedure di svolgimento delle selezioni interne ex art. 17, comma 3, CCNL 07.04.1999 *“Passaggi orizzontali all'interno della medesima categoria tra profili diversi dello stesso livello economico”*.

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

Tali passaggi si inquadrano nell'ambito dell'esercizio da parte dell'Azienda del potere del datore di lavoro di mutamento delle mansioni del personale, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 2103 del cc.

I passaggi sono effettuati in relazione alle prevalenti esigenze organizzative aziendali, tra cui, a titolo meramente esemplificativo, quelle nascenti da scelte contrattuali di livello nazionale e/o da previsioni normative regionali, variazioni del modello di organizzazione, determinazioni organizzative aziendali comportanti un maggiore fabbisogno di particolari figure professionali in luogo di altre, esternalizzazione di servizi, riconversione di particolari figure professionali anche al fine di valorizzare le attitudini e le aspirazioni professionali del personale a tempo indeterminato.

I passaggi vengono effettuati a domanda degli interessati che siano in possesso dei requisiti culturali e professionali previsti per l'accesso al profilo dall'esterno, previa verifica dell'idoneità professionale mediante prova teorico-pratica finalizzata ad accertare il possesso della professionalità richiesta dal profilo oggetto del passaggio.

Al di fuori delle ipotesi previste dal Regolamento rimangono i mutamenti di profilo per inidoneità psico-fisica del dipendente ai sensi dell'art. 6 CCNL integrativo del 20/09/2001 e secondo quanto previsto dall'art. 42 CCNL 2016-2018 del 21.05.2018.

La procedura può essere avviata:

- su domanda degli interessati alla variazione di profilo, da presentare nel periodo 1° aprile – 30 aprile di ciascun anno, che ha valore di manifestazione di interesse;
- mediante avviso interno su iniziativa dell'amministrazione.

L'Azienda definisce negli atti di programmazione del fabbisogno se vi sia la necessità di figure professionali appartenenti ai profili per i quali è stata richiesta la trasformazione, ovvero se i posti siano stati previsti nel piano triennale dei fabbisogni e se la trasformazione possa essere attuata con riferimento solo ad alcuni o a tutti i profili di inquadramento dei richiedenti.

In assenza di domande relative a profili professionali per i quali l'Azienda riscontri, in base ai propri fabbisogni, la necessità, è possibile la pubblicazione di appositi avvisi interni volti a sollecitare la candidatura del personale interessato; in ogni caso il mutamento avviene previo accertamento del possesso della professionalità e dei requisiti previsti.

In ogni caso il requisito specifico per l'ammissione al passaggio di profilo è individuato nel possesso dei requisiti culturali e professionali previsti per l'accesso dall'esterno.

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

Con riferimento all'anno 2022, tenuto conto anche delle mansioni svolte da parte del personale inquadrato nel ruolo tecnico non addetto all'assistenza, saranno previsti i seguenti passaggi:

- da Operatore Tecnico, cat. B a Coadiutore Amministrativo, cat. B (n. 4 posti)

Per gli anni 2023 e 2024, i posti saranno previsti in sede di aggiornamento annuale del piano, in relazione allo stato di avanzamento dei processi di riorganizzazione in atto ed alle disposizioni contrattuali vigenti.

### **5.4 PROGETTI DI ATTIVITA' AGGIUNTIVA**

Prendendo a specifico riferimento le frequenti situazioni di carenza di organico per le quali le forme di reclutamento ordinarie risultano inadeguate sia dal punto di vista dell'esistenza di graduatorie che della tempestività degli ingressi in relazione alle esigenze ai fini della garanzia della continuità dei servizi, l'ulteriore strumento al quale l'Azienda potrà ricorrere è l'attivazione di specifici progetti di attività aggiuntiva.

A tal proposito nel corso dell'anno 2021 (Delibera del Direttore Generale n. 362/2021) l'Azienda si è dotata di una specifica procedura aziendale denominata "*Processo di autorizzazione allo svolgimento di attività aggiuntiva*", che prevede l'iter di autorizzazione allo svolgimento dell'attività aggiuntiva, il campo delle prestazioni attivabili, la rendicontazione dell'attività ed i processi di verifica, che sarà ulteriormente revisionata nel corso dell'anno 2022 al fine di meglio garantire monitoraggio e la verifica finale di attività/costi sostenuti.

L'importo impiegato per l'anno 2021 per i progetti di attività aggiuntiva è stato pari a € 891.738,27 al netto di IRAP e oneri riflessi per il personale SSN (€ 57.898,14 per il personale universitario). L'importo comprende anche l'attività aggiuntiva resa per far fronte alle vaccinazioni.

Per questa voce di costo per l'anno 2022 si prevede un sostanziale mantenimento della spesa, tenuto conto, nonostante il prevedibile decrescere della pandemia, della necessità del recupero delle liste di attesa.

Si prevede invece una graduale riduzione per gli anni 2023 e 2024.

## **6. STRATEGIE DI COPERTURA DEL FABBISOGNO ESTERNE ALL'AMMINISTRAZIONE.**

# AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE

## 6.1 INTRODUZIONE

Per quanto riguarda gli strumenti di reclutamento, si fa presente, come già anticipato, che si registra presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese un alto tasso di turn over, spesso non programmabile, del personale, con particolare riferimento ai profili del comparto.

Questo dato influenza in maniera importante le scelte sulle strategie di reclutamento, che dovranno tener presente la necessità di garantire la continuità dei servizi e la formazione del personale neoassunto in relazione ai tempi di espletamento delle procedure di reclutamento stesse.

Ai fini della programmazione dell'utilizzo delle diverse forme di reclutamento nel triennio 2022-2024, ferma restando l'incertezza legata alla disponibilità o meno di graduatorie ESTAR nei diversi periodi degli anni in questione per i profili professionali interessati, si prende a riferimento la seguente tabella, articolata per percentuali, che tengono conto anche dei dati storici oltre che delle procedure attivate o già programmate:

<b>Tipologia strumento di reclutamento</b>	<b>%</b>
Graduatoria di concorso per assunzione a TI	47%
Graduatoria selettiva per incarichi a TD	18%
Procedure di mobilità esterne	15%
Comandi e assegnazioni temporanee	1%
Contratti di somministrazione lavoro	3%
Procedure con il Centro per L'impiego	1%
Contratti libero professionali ( <i>comprensivo del dato dei contratti finanziati su fondi privati o comunitari</i> )	15%

Le indicazioni ministeriali e regionali (Deliberazione della Giunta della Regione Toscana avente ad oggetto: " *Indicazioni per la predisposizione, da parte delle Aziende ed Enti del SSR, dei Piani Triennali di Fabbisogno di Personale 2022-2024*" n. 700 del 20.06.2022) stabiliscono che i piani dovranno includere la previsione delle stabilizzazioni, sia ai sensi del D. Lgs 75/2017 che in applicazione del comma 268, lettera b), della Legge n. 234 del 30.12.2021, e che le stabilizzazioni devono essere considerate con priorità rispetto ad altre forme di copertura dei fabbisogni, valutate anche in base alle esigenze specifiche delle Aziende.

Si richiamano a tal proposito le fonti normative citate.

## AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE

*STABILIZZAZIONI EX ART. 20 C. 1 E C. 2 D.LGS. 75/2017*

L'art. 20 del D. Lgs. 75/2017 "*Superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni*", come modificato da ultimo dall'art. 1, comma 1-bis, del D.L. n. 162/2019, convertito con modificazioni dalla Legge n. 8/2020, e successivamente dall'art. 1, comma 7-bis, lett. a), del D.L. n. 183/2020, convertito con modificazioni dalla Legge 26 Febbraio 2021, n. 21, al comma 1 testualmente dispone:

*"Le amministrazioni, al fine di superare il precariato, ridurre il ricorso ai contratti a termine e valorizzare la professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, possono, fino al ((31 dicembre 2023)), in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di cui all'articolo 6, comma 2, e con l'indicazione della relativa copertura finanziaria, assumere a tempo indeterminato personale non dirigenziale che possieda tutti i seguenti requisiti:*

- a) risulti in servizio successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015 (28/08/2015) con contratti a tempo determinato presso l'amministrazione che procede all'assunzione o, in caso di amministrazioni comunali che esercitino funzioni in forma associata, anche presso le amministrazioni con servizi associati;*
- b) sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;*
- c) abbia maturato, al 31 dicembre 2022, alle dipendenze dell'amministrazione di cui alla lettera a) che procede all'assunzione, almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni."*

Il comma 2 dell'art. 20 del D. Lgs. 75/2017 e s.m.i. dispone:

*"Fino al 31 dicembre 2024, le amministrazioni possono bandire, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di cui all'articolo 6, comma 2, e ferma restando la garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno, previa indicazione della relativa copertura finanziaria, procedure concorsuali riservate, in misura non superiore al cinquanta per cento dei posti disponibili, al personale non dirigenziale che possieda tutti i seguenti requisiti:*

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

- a) *risulti titolare, successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015, di un contratto di lavoro flessibile presso l'amministrazione che bandisce il concorso;*
- b) *abbia maturato, alla data del 31 dicembre 2024, almeno tre anni di contratto, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, presso l'amministrazione che bandisce il concorso.”;*

Il comma 11 dello stesso art. 20, precisa che le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 si applicano al personale dirigenziale e no del SSN e che il periodo richiesto può essere maturato presso diverse amministrazioni del SSN mentre, secondo quanto disposto al comma 12 dello stesso art. 20, ai fini delle assunzioni di cui al comma 1, ha priorità di assunzione il personale in servizio alla data di entrata in vigore del D. Lgs. 75/2017 (22/06/2017).

### *STABILIZZAZIONI EX LEGGE N. 234 DEL 30/12/2021 COMMA 268 LETTERA B)*

La legge del 30/12/2021, n. 234 “ *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*” al comma 268, lettera b) dispone: “*ferma restando l'applicazione dell'articolo 20 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, dal 1° luglio 2022 e fino al 31 dicembre 2023 (le amministrazioni pubbliche) possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e gli operatori sociosanitari, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali, ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione. Alle iniziative di stabilizzazione del personale assunto mediante procedure diverse da quelle sopra indicate si provvede previo espletamento di prove selettive”.*

La Regione Toscana con Deliberazione GRT avente ad oggetto: "*Indicazioni per la predisposizione, da parte delle Aziende ed Enti del SSR, dei Piani Triennali di Fabbisogno di Personale 2022-2024*" indica, tra l'altro, i criteri di priorità uniformi a livello regionale per quanto concerne l'applicazione del comma 268, lettera b), della legge n. 234 del 30/12/2021 che dovranno essere esplicitati negli avvisi.

## AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE

In relazione alle disposizioni normative vigenti, alle indicazioni regionali fornite e a quelle che saranno fornite da Estar, questa Azienda procederà, per la copertura del proprio fabbisogno, in primo luogo all'emissione di Avvisi di reclutamento speciale riservati agli aventi diritto di cui all'articolo 20, comma 1, del D. Lgs. 75/2017 ss.mm.ii. per l'eventuale copertura di posti a tempo indeterminato, nel triennio 2022-2024, in vari profili di personale non dirigenziale e dirigenziale presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese e alla richiesta ad Estar di emissione di bandi di concorso riservati ai sensi dell'art. 20 comma 2 D.Lgs. 75/2017 ss.mm.ii.

L'avvio delle procedure di cui sopra potrà articolarsi in più momenti nel corso dell'anno, in relazione alla maturazione dei requisiti dei dipendenti interessati.

In una seconda fase, a partire dal 01 luglio 2022, in relazione ai posti ancora da coprire, questa Azienda procederà all'avvio del reclutamento speciale riservati agli aventi diritto di cui all'articolo 1, comma 268, lettera b), della legge n. 234 del 30/12/2021.

Si indicano di seguito i numeri complessivi ed i profili per i quali saranno attivate le procedure sopra indicate nell'anno 2022:

	<i>Anno 2022</i>
<b><i>PROFILO PROFESSIONALE COMPARTO</i></b>	
CPS Infermiere, Cat. D	30
CPS Ostetrica, Cat. D	2
CPS Dietista ( <i>procedura già avviata nel 2021</i> )	2
CPS Fisioterapista	2
CPS Tecnico Sanitario Laboratorio Biomedico	1
Operatore Socio Sanitario	3
Profili Ruolo amministrativo e Tecnico non addetto all'assistenza	3
<b><i>PROFILO PROFESSIONALE DIRIGENZA</i></b>	
Dirigente Medico ( <i>di cui n. 1 procedura già avviata nel 2021</i> )	4
Dirigente Psicologo ( <i>procedura già avviata nel 2021</i> )	2

### 6.2 MOBILITA' ESTERNA, COMANDI, ASSEGNAZIONI TEMPORANEE



## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

Con riferimento alle procedure di mobilità esterna, questa Azienda completerà nel corso dell'anno 2022 le procedure già deliberate ed attivate a partire dall'anno 2021, che riguardano in particolare l'area della dirigenza, e che dovrebbero concludersi con l'assunzione dei relativi vincitori.

Tra queste si segnalano quelle attivate per la UOC Pronto Soccorso, la UOC Chirurgia Generale ed Oncologica, la UOC Oculistica, la UOC Ortopedia, la UOC Medicina Preventiva e Sorveglianza Sanitaria, la UOC Terapie Cellulari e Officina Trasfusionale.

Nel corso dell'anno 2022 saranno attivate, per la dirigenza area sanità, le mobilità collegate alle priorità stabilite per il reclutamento, con particolare riferimento alle aree per le quali, tenuto conto dell'organico in servizio, delle cessazioni intervenute e degli incarichi professionali da conferire, si richiede l'acquisizione di professionisti già in possesso di esperienza documentata nei diversi settori di impiego (es. attività legate ai trapianti, pediatria, cardiologia per lo specifico settore dell'elettrofisiologia).

Lo stesso criterio sorreggerà l'attivazione di eventuali comandi in entrata e/o assegnazioni temporanee, tenuto conto delle specifiche caratteristiche dei posti da ricoprire.

Con riferimento al personale del comparto, si fa presente che nel corso dell'anno 2021 è stato disposto lo scorrimento delle graduatorie di mobilità approvate per gran parte dei profili professionali in oggetto e che alcune procedure di assunzione si completeranno nel corso dell'anno 2022 (es. nel profilo di CPS Infermiere).

Sempre per il personale del comparto, con DGR n° 97/2017, DGR 966/2021 e DGR 72/2022 è stata disposta l'attivazione di un sistema per la mobilità di interscambio all'interno della Regione su un portale unico.

A tal fine Estar ha avviato una procedura informatica on line dedicata alla mobilità volontaria per interscambio del personale tra le Aziende ed Enti del SSR.

Il nuovo strumento si pone l'obiettivo di promuovere una più funzionale allocazione del personale, minimizzando le distanze tra la residenza e la sede di lavoro dei dipendenti, nell'ottica di favorire la conciliazione vita lavoro dei lavoratori.

Il portale si configura come un contenitore, finalizzato ad accogliere le richieste di mobilità per interscambio dei dipendenti di Aziende ed Enti del SSR, in cui i dipendenti stessi possano inserire in ogni momento le loro richieste di diversa collocazione in ambito Regionale. I dati inseriti, accessibili in visualizzazione sia ai dipendenti che alle Aziende ed Enti del SSR nel rispetto delle norme sui dati personali, agevolano, nella massima trasparenza, le operazioni di scambio consentite dalla normativa vigente. L'interscambio

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

avviene tra profili professionali corrispondenti attraverso l'abbinamento tra operatori per i quali la zona provenienza e di destinazione (richiesta) risultano le stesse ma invertite.

Il portale sarà aperto ai profili nel corso dell'anno 2022 con la seguente gradualità temporale: 15 marzo 2022 Operatori Socio Sanitari; 15 aprile 2022 Infermieri; 1° maggio tutti i profili.

Tenuto conto dell'attivazione del portale, che costituirà uno strumento di facilitazione degli scambi, i numeri delle cessazioni e delle assunzioni, per il personale del comparto, potranno subire variazioni, fermo restando il saldo complessivo.

In tabella allegata sono riportati inoltre i saldi previsti per il personale comandato/assegnato temporaneamente in entrata ed uscita con riferimento al triennio 2022-2024.

### **6.3 CONCORSI**

L'attivazione di procedure concorsuali segue la programmazione dei concorsi da parte di Estar, che provvede a raccogliere le richieste di fabbisogno da parte delle diverse aziende ed enti del SSR.

A tal proposito si fa presente che l'AOUS, per la copertura dei posti vacanti, utilizzerà le graduatorie concorsuali disponibili, in via prioritaria rispetto all'attivazione di nuovi concorsi, laddove le professionalità da acquisire non siano riferite ad aree/strutture altamente specialistiche, per le quali potranno essere richiesti ad Estar nuovi concorsi per attività specifica e/o attivate procedure di mobilità.

I fabbisogni relativi alla programmazione sono ovviamente da intendersi modificabili alla luce dei possibili piani di sviluppo che potrebbero essere necessari in funzione dei cambi di strategia aziendali e regionali.

Tra le assunzioni da graduatoria concorsuale per l'anno 2022 sono previste:

- quelle per la copertura del turn over del personale sanitario dirigenziale in settori caratterizzati da una importante sofferenza organizzativa e/o tese a garantire le attività di recupero delle liste di attesa (tra cui UOC Gastroenterologia, UOC Cardiologia, UOC Immunoematologia e Servizio Trasfusionale, UOC Pronto Soccorso, Area Interdipartimentale di Anestesia e Rianimazione);
- quelle del comparto per garantire il turn over del personale del ruolo sanitario o le risorse necessarie al funzionamento di strutture di supporto quali il Servizio di Prevenzione e Protezione e la sicurezza antincendio (UOC Gestione della Sicurezza);

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

- quelle delle figure tecniche ed amministrative necessarie a garantire gli investimenti previsti dal PNRR, da assegnare per il potenziamento del Dipartimento Tecnico (ingegnere meccanico, assistenti tecnici, collaboratori tecnici, assistenti amministrativi).

Potranno essere disposte assunzioni a tempo determinato laddove non disponibili graduatorie concorsuali e/o nell'attesa dello svolgimento delle procedure; potranno essere inoltre conferiti incarichi a tempo determinato in sostituzione di titolati assenti con diritto alla conservazione del posto, in relazione al grado di sofferenza registrata nelle strutture interessate.

### **6.4 CATEGORIE PROTETTE**

Con riferimento alle assunzioni previste da obblighi di legge (assunzioni di categorie protette), si fa presente che l'AOUS, con riferimento ai disabili, ha stipulato una convenzione ex art. 11 L. 68/1989 con il Centro per l'Impiego competente per territorio.

E' in corso di rinnovo ed integrazione la convenzione relativa al quadriennio 2021-2024, tenuto conto della necessità di adeguare la programmazione alla quota d'obbligo, quale risultante dal Prospetto Informativo al 31.12.2021, compilato in data 25.01.2022; tale quota (n. 67 unità) risulta aumentata a causa delle cessazioni intervenute soprattutto degli incrementi della dotazione organica durante la pandemia; la programmazione sotto riportata, dunque, è meramente indicativa dei numeri e profili interessati e verrà rivista annualmente in relazione all'andamento delle dotazioni.

La copertura della quota d'obbligo avverrà attraverso le seguenti modalità:

- avviamento al lavoro mediante il Centro Impiego, con chiamata numerica o nominativa (anche attraverso l'attivazione di tirocini formativi): alcune procedure sono già state attivate e sono in corso di espletamento;
- concorso pubblico riservato: quasi tutte le procedure sotto indicate sono in corso di espletamento presso Estar;
- riconoscimento quale soggetto computabile in quota d'obbligo in costanza di rapporto di lavoro;
- procedure di mobilità volontaria.

Sulla base del Prospetto informativo al 31.12.2021, viene di seguito indicata la attuale programmazione per il triennio 2022-2024 e, tenuto conto che i relativi costi non devono

## AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE

essere computati ai fini del calcolo del limite del costo del personale, viene presentato anche il quadro economico (al lordo di oneri):

<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>TOTALE</b>
<b>21</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>56</b>
<i>Profili interessati</i>	<i>Profili interessati</i>	<i>Profili interessati</i>	
N. 5 Coadiutori amm.vi, n. 5 Operatori Tecnici – da avviamento Centro Impiego; n. 2 Fisioterapista non vedente, n. 1 Ortottista – Assistente di Oftalmologia, n. 2 Tecnici Prevenzione - da concorso pubblico riservato; n. 1 Operatore Tecnico Videoterminalista - da mobilità; n. 1 Assistente Amministrativo - riconoscimento successivo; n. 4 Operatori Tecnici Specializzati cat. BS addetti all'accoglienza – da concorso riservato	N. 10 Coadiutori amministrativi, n. 2 Ausiliario specializzato – da avviamento Centro Impiego; N. 2 Tecnici Neurofisiopatologia, n. 3 Tecnici Sanitari Laboratorio Biomedico, n. 2 Assistenti Sanitari – da concorso riservato	N. 14 Coadiutori amministrativi, n. 2 Ausiliario specializzato – da avviamento Centro Impiego	

### *Costi presunti annui (comprensivi di oneri e irap):*

<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>TOTALE</b>
€ 606.103,29	€ 551.652,92	€ 427.461,08	<b>€ 1.585.217,29</b>

Con riferimento alle categorie protette di cui all'art. 18 L. 68/1999 ed equiparate, l'Azienda, in relazione alle scoperture rilevate (n. 4 al 31.12.2021) provvederà a richiedere l'avviamento al Centro per l'Impiego.

### 6.5 RICORSO A RAPPORTI DI LAVORO FLESSIBILI

Gli strumenti di reclutamento atipici (quale, ad esempio, i contratti di somministrazione lavoro), volti a sopperire a carenze improvvise, eccezionali e non trascurabili, saranno utilizzati solamente nel caso e nella misura in cui queste ultime si verificheranno negli anni oggetto di programmazione.

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

Tale esigenza dipende in larghissima parte dalla disponibilità o meno di graduatorie per i profili appartenenti al ruolo sanitario o comunque addetti all'assistenza, che può comportare la necessità di attivare, ad esempio, un numero aggiuntivo di contratti.

Tra la fine dell'anno 2021 e l'inizio del 2022 il ricorso ai contratti in oggetto è stato dettato, in particolare, dalla mancanza di graduatorie concorsuali per il profilo di CPS Ostetrica, ma soprattutto per far fronte alle carenze derivanti dalle sospensioni per inadempimento dell'obbligo vaccinale ai sensi del D.L. 44/2021 e s.m.i.; tenuto conto della proroga delle disposizioni in tema di obbligo vaccinale al 31.12.2022 e della necessità di garantire la continuità dei servizi assistenziali con uno strumento flessibile, che consenta l'immediata cessazione della risorsa nell'ipotesi di rientro in servizio a seguito dell'adempimento dell'obbligo dei dipendenti sospesi, per l'anno 2022 si prevede un incremento dei costi per la stipula di contratti di somministrazione rispetto all'anno 2021 ed una successiva riduzione per gli anni 2023 e 2024.

Per quanto concerne il ricorso a contratti di lavoro autonomo, nel corso degli anni 2020 e 2021 una quota importante di risorse è stata destinata al conferimento di incarichi di lavoro autonomo con medici specialisti e specializzandi ai sensi dell'art. 2-bis D.L. 18/2020 e s.m.i., a valere sulle risorse ivi previste, per garantire le attività della bolla Covid (area ad alta, media e bassa intensità), per le quali è stato necessario reclutare specializzandi nelle discipline di anestesia e rianimazione, cardiologia, medicina interna, geriatria, malattie dell'apparato respiratorio), delle aree in cui sono stati attivati specifici percorsi (pronto soccorso, pediatria) e quelle in ogni caso Covid correlate (igiene, sorveglianza sanitaria).

Questo ha comportato, a partire dal marzo 2020 e per tutto il 2021, tenuto conto dei periodi di recrudescenza pandemica e del persistente numero di ricoverati in area COVID dell'AOUS, un importante incremento della spesa per incarichi di lavoro autonomo.

Per l'anno 2022, tenuto conto dell'andamento del numero di ricoveri, è prevista una progressiva riduzione dei contratti stipulati per tale finalità.

Con riferimento al ricorso ai contratti di lavoro autonomo per ulteriori finalità, si fa presente che gli stessi potranno essere attivati:

- solo per esigenze indifferibili e legate ad attività progettuali specifiche;
- di norma a valere su finanziamenti pubblici o privati per lo svolgimento di attività specifiche e solo in casi eccezionali a valere sul bilancio aziendale.

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

Le previsioni di spesa per il triennio 2022-2024, indirizzate verso una riduzione dei costi a partire dall'anno 2022 e per il 2023, con un sostanziale mantenimento della spesa a partire dal 2024 sono riportate nella tabella allegata.

### **6.7 SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

Pur non costituendo in senso proprio un costo del personale, i contratti di specialistica ambulatoriale convenzionata vengono inclusi nell'analisi e nella programmazione.

Relativamente a questi ultimi, il costo per l'anno 2021 è stato pari ad € 145.239,61 al lordo di oneri ed irap.

Nel corso dell'anno 2021 si è conclusa la Convenzione stipulata tra l'Azienda USL Toscana Sud Est e l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese per la gestione del percorso formativo regionale nel settore dell'emergenza urgenza in attuazione della D.G.R.T. n. 570 del 23.04.2020, per cui i relativi costi (pari per l'anno in oggetto ad € 156.627,36) non saranno più presenti a partire dal 2022.

Per l'anno 2022 l'incremento che potrà derivare sarà legato al costo dei rinnovi contrattuali (importo totale previsto circa € 150.000,00).

Per il biennio 2023 e 2024 l'Azienda si pone l'obiettivo di non incrementare le attività ed i relativi costi.

### **6.8 PERSONALE UNIVERSITARIO CONVENZIONATO**

Per quanto concerne il personale universitario convenzionato, la strategia realizzata in accordo con l'Università degli Studi di Siena è quella di garantire il mantenimento ed il potenziamento delle risorse connesse alle scuole di specializzazione, oltretutto alla necessaria copertura del turn over, laddove concordemente ritenuto di prioritaria importanza.

Nel corso dell'anno 2021 è stata definita una procedura per la determinazione del fabbisogno di risorse umane - personale universitario in convenzione condivisa con l'Università degli Studi di Siena per la programmazione dei ruoli universitari da convenzionare, nel rispetto dei vincoli finanziari nazionali e regionali e delle esigenze di continuità e sviluppo delle attività di comune interesse tra AOUS e Ateneo.

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

Nel corso dell'anno 2022 e negli anni successivi è previsto il completamento delle procedure di reclutamento di competenza universitaria, secondo quanto previsto dalle linee di indirizzo della Deliberazione GRT n. 351/2017, dalla Delibera aziendale di attuazione n. 816 del 12.10.2017 e dalle successive Deliberazioni che hanno previsto il finanziamento dei ruoli a valere sulle risorse suddette e sui risparmi delle cessazioni del periodo 2018-2022.

A partire dal 2023 l'Azienda intende dare attuazione alla procedura per la programmazione dei ruoli universitari da convenzionare, anche mediante la stipula di un accordo triennale AOUS-UNISI, approvato anche dalla Regione Toscana, per potenziare alcuni ambiti strategici e per garantire la copertura del turn over nei settori in cui è indispensabile la garanzia di continuità delle attività assistenziali integrate alle attività didattiche e di ricerca.

Sotto il profilo dei costi connessi, l'incremento evidenziato nella tabella allegata, per l'anno 2022 deriva principalmente:

- dall'applicazione al personale universitario convenzionato delle disposizioni del nuovo CCNL Area Sanità del 19.12.2019, secondo quanto previsto dal Protocollo d'Intesa sottoscritto da AOUS, Regione Toscana e Università degli Studi di Siena nel 2020;
- dal passaggio di alcuni dipendenti ospedalieri ai ruoli universitari, con conseguente iscrizione della relativa spesa, compresa quella relativa all'incarico, a carico del bilancio aziendale;
- dai passaggi di ruolo del personale universitario, con conseguente riconoscimento degli incarichi previsti ai sensi del D.Lgs. 517/1999 e s.m.i. (incarichi di programma per i professori ordinari, laddove non conferibili incarichi di direzione di struttura);
- dal conferimento, con decorrenza 01.01.2022, al personale universitario convenzionato dei nuovi incarichi gestionali e professionali, in applicazione del Regolamento per la graduazione delle posizioni dirigenziali approvato con Deliberazione n. 1017/2020 ed a seguito dell'assegnazione del budget a ciascuna struttura.

A partire dal 2023 si prevede un ulteriore incremento dei costi, con riferimento ai potenziamenti oggetto dell'accordo che sarà stipulato; l'accordo suddetto sarà in ogni caso subordinato al rispetto dei vincoli di finanziamento regionale.

# **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

## **7. FORMAZIONE DEL PERSONALE**

### **7.1 PREMESSA**

All'interno del Dipartimento Risorse Umane è collocata l'UOC Formazione, struttura organizzativa deputata allo sviluppo e sostegno del patrimonio professionale, attraverso un'azione costante di monitoraggio e soddisfazione dei bisogni formativi, finalizzati alla soddisfazione dell'utenza interna ed esterna. L'attività, in coerenza con quanto dichiarato dalla missione Aziendale, è finalizzata alla promozione della cultura professionale, all'accrescimento delle competenze scientifiche e tecnologiche, alla promozione dell'innovazione e al cambiamento organizzativo e trova la sua principale funzione nel costruire e mantenere adeguato il patrimonio delle competenze emergenti, progettando le proprie metodologie e soprattutto ponendo in essere interventi formativi sempre più contestualizzati e personalizzati. La formazione, quale struttura strategica nell'ambito della gestione del capitale professionale, non è soltanto una funzione tecnica ma anche un fattore di integrazione fra lo sviluppo dell'organizzazione, i programmi di carriera e la mobilità interna, verticale, orizzontale, interprofessionale del personale.

L'azienda è fortemente orientata allo sviluppo professionale del personale, inteso come incremento delle competenze, della consapevolezza, e delle capacità di assumere la responsabilità, individuale e collettiva del miglioramento continuo. Coerentemente con questo impegno, l'Azienda destina risorse economiche ed organizzative per elaborare specifici processi formativi che si inquadrano nell'esperienza e nella continua necessità di arricchimento culturale propria dei professionisti sanitari, fin dalla formazione di base. L'UOC Formazione ha il compito di gestire tali risorse secondo criteri di efficacia, efficienza, appropriatezza. All'interno della UOC Formazione oltre alla formazione continua del personale dipendente, è collocato il Corso per operatori socio sanitari (OSS) con due sezioni oltre una terza sezione sperimentale in collaborazione con le scuole professionali; afferiscono inoltre alla struttura gli operatori assegnati al CDL di Infermieristica, CDL Ostetricia e CDLM di Scienze Infermieristiche e Ostetriche dell'Università di Siena in qualità di Responsabili per la Didattica Professionale e di Tutor Didattici.

### **7.2 VALORI E OBIETTIVI SPECIFICI DELLA FORMAZIONE AZIENDALE**



## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

I valori che guidano la formazione continua nell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese sono comuni e trasversali al SSR, essi rappresentano i punti di costante riferimento per orientare l'azione formativa, unitamente ai concetti guida dell'educazione degli adulti.

I valori di riferimento della Formazione, si possono declinare in:

- appropriatezza, ovvero l'adeguatezza dei percorsi formativi rispetto ai bisogni di nuove competenze che nascono nei professionisti sanitari e nell'organizzazione
- etica, ovvero la garanzia che i contesti d'apprendimento siano tutelati da qualsiasi possibile interferenza d'interessi diversi da quello pubblico di sistema
- efficacia, ovvero la ricerca e lo sviluppo di metodologie formative necessarie per determinare i comportamenti professionali attesi e la loro declinazione nei contesti di lavoro.

I valori determinano il modello operativo e offrono l'impulso al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- sviluppare e sostenere il patrimonio professionale presente in Azienda attraverso la pianificazione, programmazione e produzione di eventi formativi coerenti con lo sviluppo strategico aziendale, in un'ottica di miglioramento delle professionalità e dei servizi, della soddisfazione dell'utenza, della ricerca e dell'innovazione;
- facilitare approcci multiprofessionali nella gestione dei percorsi clinico-assistenziali aziendali e interaziendali;
- favorire l'integrazione aziendale e interaziendale di area vasta, per potenziare e ottimizzare i percorsi clinico-assistenziali attraverso l'adeguamento delle competenze professionali;
- garantire la migliore diffusione, l'accessibilità e la trasparenza dei processi formativi;
- sviluppare e favorire modalità formative innovative (FAD, FSC e Simulazione);
- rilevare e monitorare le ricadute operative dell'attività formativa;
- elaborare dati ed utilizzarli per fini programmatici e di miglioramento continuo della performance della struttura di formazione e dell'Azienda nel suo complesso.

### **7.3 OBIETTIVI GENERALI DEI PROCESSI FORMATIVI RICOMPRESI NEL PAF**

**Collegare il processo formativo ai processi di gestione aziendali e interaziendali, in particolare**

- Pianificazione strategica
- Gestione e progressione del personale

# AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE

- Processi professionali

## **Sostenere l'innovazione**

- Perseguire il costante collegamento tra aspetti innovativi ed elaborazione delle esperienze acquisite
- Strutturare tipologie differenziate di intervento formativo (non solo formazione in aula) privilegiando metodiche interattive che consentano un facilitato trasferimento “dalla teoria alla prassi”. Particolare rilevanza assume, in questo senso, la formazione on the job che ha l'indiscutibile pregio di situarsi all'interno delle prassi operative e di incidere direttamente sulle stesse.
- Attivare processi formativi in modalità FAD e Blended

## **Favorire il miglioramento continuo**

- Contribuire allo sviluppo delle competenze cliniche, assistenziali, relazionali e organizzative dei professionisti
- Ottimizzazione delle risorse ed eliminazione degli sprechi
- Controllo dei risultati.

## **7.4 OBIETTIVI STRATEGICI DEL PIANO ANNUALE FORMAZIONE 2022: ORIENTAMENTI PER L'INNOVAZIONE ORGANIZZATIVA E PROFESSIONALE**

Gli obiettivi del PAF 2022 originano e sono coerenti con gli obiettivi specifici aziendali collegati al modello gestionale e alla performance attesa.

Essi descrivono gli ambiti e i temi oggetto delle attività formative programmate e fanno da riferimento per la valutazione dei risultati ottenuti.

Per il 2022, in relazione alla programmazione e all'organizzazione aziendale sono individuati i seguenti obiettivi:

- accompagnare, sostenere gli indirizzi aziendali per l'attuazione della gestione operativa del settore chirurgico e ambulatoriale anche restituendo ai professionisti interessati i risultati ottenuti;
- accompagnare il processo di miglioramento relativo alla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
- supportare il processo di gestione dell'emergenza Covid-19;
- supportare il processo d'integrazione ospedale-territorio e la continuità assistenziale;
- accompagnare e sostenere i processi di riorganizzazione aziendale;

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

- favorire e potenziare la capacità di lavorare in team e per processi;
- sostenere i processi formativi derivanti dalla ristrutturazione degli spazi aziendali e dalla nuova logistica interna;
- sostenere l'innovazione scientifica e tecnologica;
- sviluppare le competenze manageriali a tutti i livelli ed in tutte le professioni presenti in azienda;
- promuovere l'innovazione dei modelli organizzativi dell'assistenza;
- garantire la Formazione per la Sicurezza dei lavoratori, nell'ambiente e nei luoghi di lavoro come da DLGS 81/2008 e s.m.i.;
- garantire la Formazione per la sicurezza e dei pazienti nell'ambito di soggetti ad esposizioni a radiazioni ionizzanti, fonti magnetiche e laser;
- sviluppare la cultura della prevenzione del rischio clinico e le buone pratiche clinico-assistenziali;
- supportare il processo di accreditamento istituzionale aziendale;
- implementare la formazione a supporto della gestione dell'emergenza intraospedaliera (Bls-d, Pbls-d, ALS, Simulazione in situ);
- sostenere la cultura della donazione di organi e tessuti e buon uso del sangue;
- sviluppare percorsi formativi a favore dell'umanizzazione dei servizi sanitari;
- sostenere la formazione per la promozione dell'allattamento al seno;
- sostenere la multiculturalità e le differenze di genere;
- supportare la formazione per la "Lotta al Dolore" in tutte le sue manifestazioni;
- sostenere la formazione per una comunicazione efficace verso il contesto aziendale e verso gli stakeholder;
- supportare la formazione per la prevenzione delle Infezioni (ICA) e della sepsi;
- garantire la conoscenza e la diffusione delle norme di tutela della privacy;
- sostenere la formazione per il contrasto alla corruzione e alla maladministration;
- sostenere l'adeguamento delle conoscenze scientifiche, tecnologiche e delle scienze umane per il miglioramento individuale e dei gruppi di lavoro;
- sviluppare e razionalizzare i percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi;
- sviluppare le competenze clinico-assistenziali e riabilitative;
- attuare la formazione anticorruzione trasparenza nel contesto aziendale;

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

- adeguare le conoscenze relative alla farmaco-epidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza;
- adeguare le conoscenze del personale sui cambiamenti normativi e organizzativi;
- favorire il benessere lavorativo aziendale;
- favorire la prevenzione delle aggressioni al personale sanitario.

Gli interventi previsti favoriranno ed affiancheranno le riorganizzazioni in corso presso l'Azienda.

### **8. SINTESI CONCLUSIVA**

Sulla base delle indicazioni regionali, questa Azienda nel corso dell'anno 2021 ha progressivamente ridotto il numero delle unità di personale presenti in servizio, con particolare riferimento al profilo professionale di CPS Infermiere, che aveva registrato un incremento importante delle assunzioni nel periodo 2020 - prima metà 2021.

Preme far presente, tuttavia, che l'Azienda presenta ad oggi un numero di ricoveri in area covid consistente, al quale si aggiungono le ulteriori ed importanti cessazioni nel profilo di CPS Infermiere, che rendono necessario un reintegro urgente delle unità mancanti ed un incremento del numero di infermieri in servizio, perlomeno per l'anno in corso, pena il rischio del blocco dei servizi.

Per i restanti profili del ruolo sanitario, l'AOUS ha previsto la copertura integrale del turn over dell'anno in corso, tenuto conto delle necessità di garantire i servizi essenziali.

Nel corso del triennio 2022-2024 è programmato anche un progressivo riassorbimento delle unità di personale in servizio nel profilo di OSS, per il quale l'Azienda ha previsto al momento il blocco del turn over.

Per il personale del comparto, si fa presente che la copertura a tempo indeterminato dei posti previsti avverrà, laddove possibile, prioritariamente attraverso procedure di stabilizzazione del personale avente i requisiti di legge.

Con riferimento all'Area della dirigenza, si rende necessario fornire risposte a settori essenziali caratterizzati da forte sofferenza organizzativa, anche a seguito di turn over ancora da coprire tenuto conto delle procedure concorsuali e/o di mobilità ancora in corso.

## **AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE**

Tra questi si segnala l'area del Pronto Soccorso, la Gastroenterologia, il Servizio Trasfusionale, i settori coinvolti nelle attività legate ai trapianti complessivamente intese (cardiochirurgia, chirurgia toracica, malattie apparato respiratorio, trapianti di rene).

Si aggiunge inoltre la necessità di dare stabilità a varie strutture complesse ancora vacanti attraverso la nomina definitiva dei rispettivi titolari, per i quali sono in fase di espletamento le relative procedure.

Le restanti assunzioni previste sono state programmate per gli anni 2023 e 2024, nei quali l'Azienda tenderà a recuperare risorse laddove possibile (in particolare a partire dal 2024) o a mantenere l'equilibrio nell'andamento dei costi e delle teste, fatto salvo quanto già precisato a proposito degli Operatori Socio Sanitari.

Tenuto conto di quanto sopra esposto e della tabella allegata, il quadro disegnato di interventi per la gestione e valorizzazione delle risorse umane per gli anni 2022, 2023 e 2024 si inquadra in un ragionamento sostenibile, anche alla luce delle esigenze legate alla pandemia ancora in atto, e continua a tenere come punto di riferimento il rispetto del vincolo normativo in materia di costo del personale di cui all'art. 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla L. 25 giugno 2019, n. 60 (limite della spesa del 2004 diminuita del 1,4%) che per questa Azienda ammonta ad € 122.584.275,00.

Per quanto riguarda l'incremento dei Fondi contrattuali in applicazione dell'art. 11 D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito nella legge 25 giugno 2019, n. 60 e successive modifiche ed integrazioni, secondo quanto previsto dal parere MEF protocollo 179877 del 1.9.2020, reso alla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome sulla metodologia di calcolo, si fa presente che i fondi contrattuali relativi agli anni di pertinenza saranno certificati in relazione alle indicazioni regionali sui limiti per l'applicazione delle disposizioni suddette.

Con riferimento all'anno 2021 e all'anno 2022, l'importo suddetto è al momento calcolato nei limiti del corrispondente importo di incremento stabilito per l'anno 2020.

La sintesi economica programmata per l'anno 2022 (comprensiva dei costi Covid-19, per i quali viene fornita una stima, in assenza di ulteriori indicazioni regionali), confrontata con quella risultante da un primo consuntivo dell'anno 2021 è la seguente:

## AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE

<b>Costo complessivo</b>	<b>ANNO 2021</b>	<b>DI CUI COVID</b>	<b>ANNO 2022</b>	<b>DI CUI PREVISIONE COSTI COVID</b>
<b>Costo del personale SSN (TI+TD) + oneri e IRAP</b>	150.898.051,00 €	8.937.734,00 €	148.514.333,18 €	6.010.977,25 €
- di cui prestazioni aggiuntive al netto di oneri ed irap <i>(in parte finanziamento RT)</i>	891.738,27 €		870.000,00 €	
<b>Contratti libero professionali</b>	2.474.255,00 €	1.173.825,00 €	1.912.524,00 €	310.000,00 €
- Di cui finanziati con fondi privati:	494.500,00 €		494.500,00 €	
<b>Personale con contratto di somministrazione lavoro</b>	116.243,72 €		380.000,00 €	
<b>Personale universitario convenzionato</b>	11.884.933,83 €		12.205.564,39 €	
<b>Costi per specialistica ambulatoriale</b>	145.239,61 €		150.000,00 €	
<b>Religiosi</b>	120.470,16 €		120.470,16 €	
<b>Personale in convenzione</b>	200.000,00 €		100.000,00 €	
<b>Personale comandato rimborsato</b>	100.000,00 €		50.000,00 €	
<b>Borsisti <i>(interamente finanziati)</i></b>	515.639,63 €		550.000,00 €	
<b>TOTALE</b>	<b>166.454.832,95 €</b>	<b>10.111.559,00 €</b>	<b>163.982.891,73 €</b>	<b>6.320.977,25 €</b>

AREA	COSTI personale a tempo indeterminato				TESTE personale a tempo indeterminato			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
RUOLO								
CESSAZIONI 2019					21	2	122	42
ASSUNZIONI 2019					19	1	105	51
CONSISTENZA AL 31/12/2019					<b>451</b>	<b>13</b>	<b>1.317</b>	<b>753</b>
CESSAZIONI 2020					31	3	140	74
ASSUNZIONI 2020					61	1	287	181
CONSISTENZA AL 31/12/2020					<b>481</b>	<b>11</b>	<b>1.464</b>	<b>860</b>
CESSAZIONI 2021					30	1	171	104
ASSUNZIONI 2021					49	2	74	88
CONSISTENZA AL 31/12/2021					<b>500</b>	<b>12</b>	<b>1.367</b>	<b>844</b>
CESSAZIONI PREVISTE 2022	1.450.382,28 €	- €	2.847.926,43 €	819.734,87 €	29	0	109	44
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2022	1.361.816,59 €	71.339,24 €	3.089.865,85 €	811.173,87 €	46	2	168	51
di cui per EMERGENZA covid-19	- €	- €	- €	- €	0	0	0	0
di cui per STABILIZZAZIONI	50.181,54 €	- €	444.626,58 €	57.030,14 €	6	0	37	6
CONSISTENZA AL 31/12/2022					<b>517</b>	<b>14</b>	<b>1.426</b>	<b>851</b>
CESSAZIONI PREVISTE 2023	1.122.414,58 €	- €	1.927.031,23 €	910.950,38 €	22	0	100	40
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2023	1.150.588,33 €	41.589,95 €	905.440,61 €	280.070,67 €	30	1	76	20
di cui per EMERGENZA covid-19								
di cui per STABILIZZAZIONI								
CONSISTENZA AL 31/12/2023					<b>525</b>	<b>15</b>	<b>1.402</b>	<b>831</b>
CESSAZIONI PREVISTE 2024	1.152.057,66 €	- €	1.772.868,72 €	224.494,19 €	23	0	92	12
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2024	502.647,14 €	62.384,92 €	1.397.097,62 €	270.685,51 €	14	1	85	16
di cui per STABILIZZAZIONI								
CONSISTENZA AL 31/12/2024					<b>516</b>	<b>16</b>	<b>1.395</b>	<b>835</b>

AREA	COSTI personale a tempo determinato				TESTE personale a tempo determinato			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
RUOLO								
CONSISTENZA AL 31/12/2019					18	0	68	25
CONSISTENZA AL 31/12/2020					20	0	66	22
CONSISTENZA AL 31/12/2021					9	0	64	14
CESSAZIONI PREVISTE 2022	220.651,90 €	- €	935.099,27 €	126.448,92 €	9	0	46	6
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2022	665.210,18 €	- €	41.174,38 €	97.681,66 €	17	0	5	3
SALDO PREVISTO 2022	<b>444.558,28 €</b>	- €	<b>- 893.924,89 €</b>	<b>- 28.767,26 €</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>23</b>	<b>11</b>
CESSAZIONI PREVISTE 2023	272.418,10 €	- €	374.205,69 €	183.039,77 €	9	0	13	8
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2023	38.932,85 €	- €	41.174,38 €	- €	1	0	5	0
SALDO PREVISTO 2023	<b>- 233.485,25 €</b>	- €	<b>- 333.031,31 €</b>	<b>- 183.039,77 €</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>3</b>
CESSAZIONI PREVISTE 2024	122.151,55 €	- €	- €	44.024,20 €	3	0	0	2
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2024	- €	- €	- €	- €	0	0	0	0
SALDO PREVISTO 2024	<b>- 122.151,55 €</b>	- €	<b>- €</b>	<b>- 44.024,20 €</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>1</b>

AREA	COSTI personale in somministrazione				TESTE equivalenti personale in somministrazione			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
RUOLO								
SALDO PREVISTO 2022			200.756,28 €	63.000,00 €			5	3
SALDO PREVISTO 2023			- 217.000,00 €	- 63.000,00 €			-5	-3
SALDO PREVISTO 2024			- 100.000,00 €	- €			0	0

AREA	COSTI personale a incarico libero professionale				TESTE equivalenti personale a incarico libero professionale			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
RUOLO								
SALDO PREVISTO 2022	- 523.551,00 €	- €	- 1.710,00 €	- 2.350,00 €	- 15	-	- 2	- 1
SALDO PREVISTO 2023	- 700.000,00 €	- €	- €	- €	- 20	-	-	-
SALDO PREVISTO 2024	- €	- €	- €	- €	0	0	0	0

AREA	COSTI personale comandato				TESTE equivalenti personale comandato			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
RUOLO								
SALDO PREVISTO 2022	- 5.983,12 €	- 23.120,54 €	220.538,07 €	- 86.228,85 €	- 2	- 1	9	4
SALDO PREVISTO 2023	- 6.746,92 €	- €	- €	- 27.767,01 €	- 1	-	-	1
SALDO PREVISTO 2024	- €	- €	- €	- €	-	-	-	-



AREA	COSTI personale universitario				TESTE personale universitario (valore assoluto)			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
SALDO PREVISTO 2022	321.616,35 €	- €	- €	- 985,79 €	139	3	15	33
SALDO PREVISTO 2023	350.000,00 €	- €	- €	- €	144	3	15	33
SALDO PREVISTO 2024	50.000,00 €	- €	- €	- €	145	3	15	33

AREA	COSTI personale complessivi (rispetto al 2021)				COSTO TOTALE DIRIGENZA	COSTO TOTALE COMPARTO	COSTO TOTALE COMPLESSIVO
	DIRIGENZA		COMPARTO				
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO			
SALDO TOTALE PREVISTO 2022	148.074,83 €	48.218,69 €	- 232.401,12 €	- 63.892,91 €	196.293,52 €	- 296.294,03 €	- 100.000,50 €
SALDO TOTALE PREVISTO 2023	- 413.983,59 €	89.808,64 €	- 1.804.023,05 €	- 968.579,40 €	- 324.174,95 €	- 2.772.602,45 €	- 3.096.777,40 €
SALDO TOTALE PREVISTO 2024	- 1.135.545,66 €	152.193,56 €	- 2.279.794,15 €	- 966.412,28 €	- 983.352,10 €	- 3.246.206,43 €	- 4.229.558,53 €

N.B. I valori indicati sono comprensivi:

per il personale dipendente : variazione costo a bilancio (escluso elemento perequativo) comprensivo di oneri ed IRAP - non comprende il costo a carico dei fondi contrattuali

per il personale in somministrazione : variazione costo comprensivo di oneri agenzia e irap

per il personale universitario: variazione costo a bilancio totale