



Azienda USL Toscana Sud Est

**Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**

**ANNO 2023-2025**

# INDICE

Premessa .....	2
<b>SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....</b>	<b>2</b>
<b>VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....</b>	<b>10</b>
Valore pubblico.....	10
Piano della Performance .....	22
Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza .....	27
<b>ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....</b>	<b>52</b>
Struttura organizzativa .....	52
Organizzazione del lavoro agile.....	54
Piano triennale dei fabbisogni di personale .....	55
Formazione del personale .....	56
<b>MONITORAGGIO.....</b>	<b>65</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>65</b>

## Premessa

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

Il PIAO rappresenta un documento unico di programmazione e governance che assorbe, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare, tra gli altri, il Piano della performance, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile, Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza e il Piano triennale del fabbisogno del personale.

Il principio che guida la definizione del PIAO è ispirato alla volontà di superare la molteplicità, e conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa. Il PIAO rappresenta pertanto una sorta di "testo unico" della programmazione, nella **prospettiva di semplificazione e visione integrata** rispetto alle strategie da adottare. Il documento è finalizzato a promuovere la qualità e la trasparenza da parte dell'Azienda, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e attivare una progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della legge 190/2012. Il Piano, redatto di concerto con gli altri atti di programmazione economico-finanziaria, è un documento di pianificazione triennale con programmazione delle attività per l'anno 2023.

## SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

Le sedi operative dell'Azienda sono stabilite come segue:

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

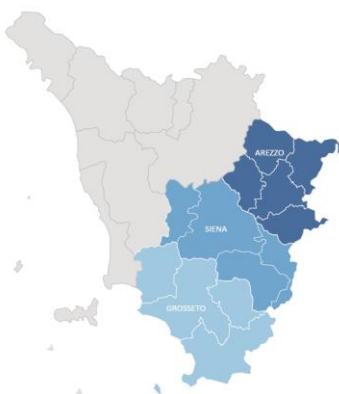
P.I. e C.F.: 02236310518

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

PEC: [ausltoscanasudest@postacert.toscana.it](mailto:ausltoscanasudest@postacert.toscana.it)

L'Azienda identifica la propria **missione** nella promozione e tutela della salute sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio territorio, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza, come previsto dalla normativa nazionale e regionale. La missione aziendale si inserisce all'interno delle scelte di programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale, integrandosi con esse e contribuendo ad una loro attuazione in risposta ai bisogni di salute della comunità locale. L'Azienda garantisce, mediante un modello integrato, l'organizzazione ed erogazione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, quali previste dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale nei 3 livelli di Assistenza: **Prevenzione, Territoriale ed Ospedaliero.**

L'Area Vasta Sud Est si estende per una superficie di 11.557 Km<sup>2</sup>, pari alla metà della superficie regionale.



L'ambito territoriale dell'Azienda comprende i territori di 99 comuni delle province di Arezzo, Siena e Grosseto ed è articolato in **10 Zone Distretto** di cui 4 Società della Salute che in base alla LR 40/2005 sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni e dell'Azienda USL, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio sanitarie e sociali integrate.

*Popolazione ISTAT post-censuaria al 01/01/2022- Fonte ISTAT*

Zone	Maschi	Femmine	Totale
<b>Provincia di Siena</b>	<b>126.617</b>	<b>135.429</b>	<b>262.046</b>
Alta Val d'Elsa	30.607	31.890	62.497
Zona Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	36.188	38.722	74.910
Senese	59.822	64.817	124.639
<b>Provincia di Arezzo</b>	<b>163.524</b>	<b>171.110</b>	<b>334.634</b>
Casentino	16.732	16.907	33.639
Val Tiberina	14.161	14.730	28.891
Val di Chiana Aretina	24.447	25.788	50.235
Aretina	61.913	65.759	127.672
Valdarno	46.271	47.926	94.197
<b>Provincia di Grosseto</b>	<b>105.318</b>	<b>111.671</b>	<b>216.989</b>
Colline dell'Albegna	23.541	25.154	48.695
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	81.777	86.517	168.294
<b>Azienda USL Toscana sud est</b>	<b>395.459</b>	<b>418.210</b>	<b>813.669</b>

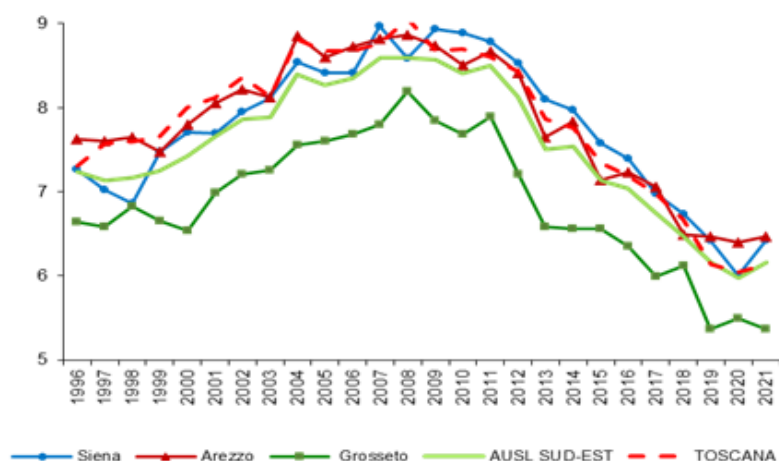
La AUSL Toscana sud est è caratterizzata da un territorio molto vasto caratterizzato da aree scarsamente abitate e frazionato in 99 comuni molti dei quali di dimensioni molto ridotte: ben 52 comuni contano meno di 5000 abitanti mentre solo i tre comuni capoluogo superano i 50.000. Complessivamente la densità di popolazione è molto bassa, circa 70 abitanti per Km<sup>2</sup>, pari a meno della metà rispetto al valore medio regionale (160ab/ Km<sup>2</sup>).

La considerazione di questi elementi (territorio vasto frazionato in piccoli centri scarsamente abitati) unitamente al progressivo invecchiamento della popolazione assume un carattere di assoluto rilievo quando si devono organizzare, e misurare in termini di performance, i servizi sanitari sul territorio.

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

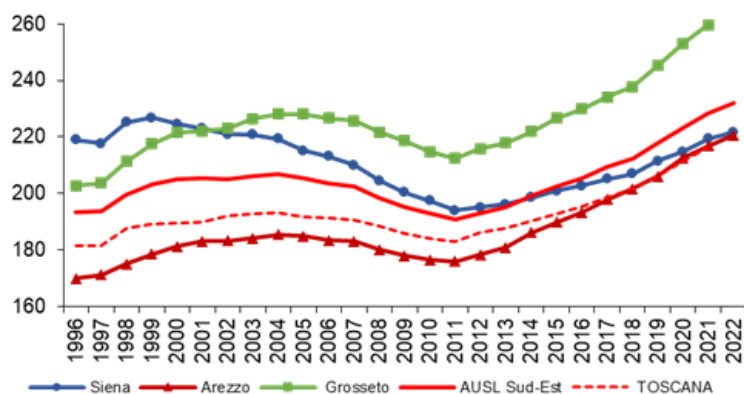
Molto marcato in questa AUSL, come nel resto della regione, a partire dal 2008, è stato anche il calo della natalità legato agli effetti della crisi economica ed alla riduzione del numero di donne in età fertile; nel 2021 il tasso di natalità si mantiene molto basso (6,2 nati per 1.000 abitanti); valori particolarmente bassi si osservano nelle zone della provincia grossetana dove si scende a 5,4 nati per 1.000 abitanti.

*Trend tasso di natalità (nati/pop. totale per 1.000) per residenza. Anni 1996-2021*



Quote sempre maggiori di anziani e contrazione delle nascite, ormai continua negli ultimi 10 anni, si traducono con un innalzamento notevole dell'indice di vecchiaia (numero di anziani oltre i 65 anni ogni 100 giovani tra 0 e 14 anni), evidente in tutte le province della AUSL Toscana sud est ma particolarmente accentuato nella provincia di Grosseto.

*Trend indice di vecchiaia (pop. 65+/pop. 0-14) per residenza. Anni 1997-2022*



Nella AUSL Toscana sud est il crollo della natalità sarebbe stato ben più drammatico senza il contributo della popolazione migrante: al 01/01/2022 i residenti di cittadinanza estera sono il 10,5% della popolazione, dato per il terzo anno consecutivo in diminuzione (-1,3%) rispetto all'anno precedente. Per i principali indicatori dello stato di salute disponibili, in particolare la speranza di vita alla nascita, la mortalità generale, la mortalità prematura (prima dei 65 anni) e gli anni potenziali di vita persi, la AUSL Toscana sud est, si allinea ai valori medi regionali (peraltro molto buoni rispetto alla media nazionale). Un importante indicatore di sintesi dello stato di salute è la speranza di vita alla nascita (figura 3) il cui trend costantemente in crescita ha subito una diminuzione, evidente soprattutto a livello nazionale, negli ultimi due anni a causa della pandemia da Covid-19; nella AUSL Toscana sud est tale diminuzione si è concentrata maggiormente nelle province di Siena e Arezzo, motivo per cui rispetto agli anni precedenti si sono ulteriormente ridotte le differenze che ponevano Grosseto in posizione svantaggiata.

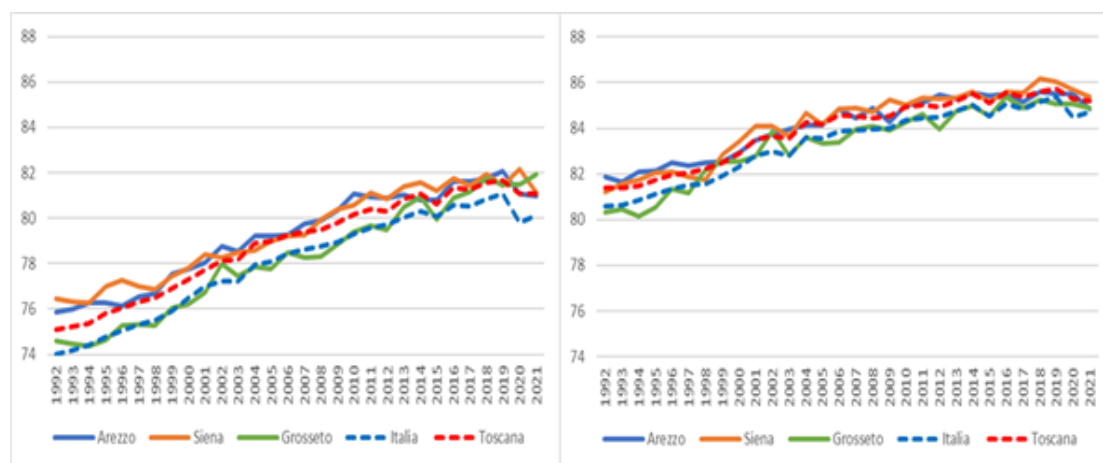
Tuttavia, gli abitanti della provincia di Grosseto soffrono ancora, in generale, di uno stato di salute meno buono e, anche se negli ultimi anni il gap si sta lentamente appiandando, restano delle importanti differenze con le altre province dell'AUSL, ma anche con la Toscana. Da segnalare, per esempio, il dato della mortalità generale, prematura, della mortalità per tumori e per incidenti da trasporto: tutti i più elevati dell'Azienda ma anche superiori al dato medio regionale.

Permane anche l'eccesso storico di mortalità per malattie cerebrovascolari e per tumore dello stomaco della provincia di Arezzo.

Anche a livello di Zone distretto ci sono delle peculiarità, come quella che riguarda la mortalità generale e prematura particolarmente elevate nelle Colline Metallifere e nell'Amiata senese e Val d'Orcia, o per malattie dell'apparato digerente dell'Amiata, sia senese che Grossetana. La zona delle Colline Metallifere è la peggiore per tutta una serie di altri indicatori di mortalità, per cui meriterebbe un'attenzione particolare.

Oltre alla mortalità esistono una serie di altri indicatori che vengono utilizzati per definire lo stato di salute di una popolazione, anche se, basandosi su dati di attività sanitarie varie, essi possono essere influenzati anche da disomogeneità nell'offerta di servizi oltre che da un diverso stato di salute, portando per esempio a sottostimare l'incidenza e la prevalenza di alcune patologie con esordio non grave e decorso cronico, in quei territori che godono di una peggiore rete assistenziale territoriale o una peggiore capacità di diagnosi precoce o, viceversa, a sovrastimarle in caso di un migliore funzionamento di questi servizi. È il caso, per esempio, della prevalenza di malattie croniche il cui dato viene ricavato incrociando vari dati provenienti da diversi flussi sanitari. Secondo questo indicatore, per esempio, troviamo un'alta prevalenza di diabete nella zona del Valdarno, nettamente superiore al territorio confinante ma anche a quello dell'AUSL e della Toscana. Sempre con le stese premesse è da considerare il dato della provincia di Siena che vede un tasso, anche se grezzo, nettamente superiore a quello toscano ma anche a quello aziendale di malformazioni congenite diagnosticate in nati vivi o in IVG.

*Trend speranza di vita alla nascita per residenza e sesso.*

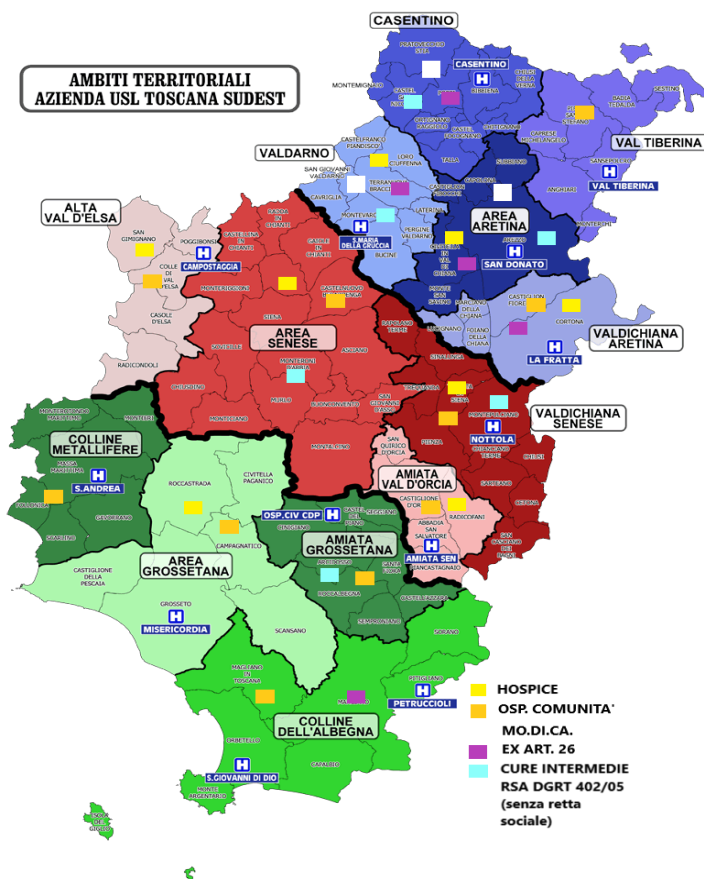


Sul territorio aziendale sono presenti **24 Case della Salute**, luoghi dove i cittadini trovano servizi socio-sanitari di base e ove vi lavora un team multi professionale formato da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, infermieri, personale sociale e amministrativo, così distribuite nelle varie zone:

Zona	CDS
Aretina	CASA DELLA SALUTE Civitella Valdichiana - Badia al Pino
	CASA DELLA SALUTE Subbiano

	CASA DELLA SALUTE Arezzo
Casentino	CASA DELLA SALUTE Castel Focognano - Rassina
	CASA DELLA SALUTE Pratovecchio - Stia
	CASA DELLA SALUTE Ponte a Poppi
Valtiberina	CASA DELLA SALUTE Anghiari
	CASA DELLA SALUTE Caprese Michelangelo - Pieve Santo Stefano
	CASA DELLA SALUTE Sansepolcro "Borgo"
Valdarno	CASA DELLA SALUTE Bucine
	CASA DELLA SALUTE Terrasnuova Bracciolini
	CASA DELLA SALUTE San Giovanni Valdarno
	CASA DELLA SALUTE Castelfranco Piandisco'
Val di Chiana Aretina	CASA DELLA SALUTE Valdichiana Aretina - Castiglion Fiorentino
	CASA DELLA SALUTE Cortona Camucia
	CASA DELLA SALUTE - Foiano della Chiana
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	CASA DELLA SALUTE Amiata Senese Val d'Orcia
	CASA DELLA SALUTE Chiusi
Alta Val d'Elsa	CASA DELLA SALUTE Alta val del Elsa Poggibonsi
Senese	CASA DELLA SALUTE Senese
Colline dell'Albegna	CASA DELLA SALUTE Pitigliano
	CASA DELLA SALUTE Manciano
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	CASA DELLA SALUTE Follonica
	CASA DELLA SALUTE Castel del Piano

Fanno parte della rete territoriale aziendale anche **31 AFT** - Aggregazioni funzionali territoriali di medici di medicina generale, che garantiscono per l'intera giornata l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, la Sanità di Iniziativa e la presa in carico del paziente con bisogni complessi, la promozione della salute, nonché 16 Ospedali di Comunità/MODICA e 8 Hospice



I SETTING ORGANIZZATIVI FRUIBILI DAI TEAM	
10	Distretti Zona/Società della Salute
13	Stabilimenti Ospedalieri accorpati in 6 Presidi
31	Aft
513	Mmg
86	Pls
24	Case della Salute
172	pl Ospedale di Comunità/Mo.di.ca
39	pl Hospice
117	pl Riab ex art.26
96	Rsa
2672	titoli di acquisto MODULO BASE
15	moduli MOTORIO
113	moduli COGNITIVO
30	moduli STATO VEGETATIVO

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 513 medici di base e 86 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 773.736 unità (rilevazione al 30/11/2022).

Nell'Azienda USL Toscana Sud Est insistono **6 presidi ospedalieri** (su 13 stabilimenti) più una struttura sede di un **centro riabilitativo** in partnership oltre a **3 strutture private accreditate e convenzionate**

Di seguito sono rappresentate le dotazioni dei posti letto per stabilimento ospedaliero pubblico ed equiparato (escluso NIDO), suddivisi tra ordinario e day hospital/day surgery.

Denominazione Stabilimento	Ordinari	Day Hospital	Day Surgery	A Pagamento	TOTALE PL
OSPEDALE DEL CASENTINO	48	2	3	6	59
OSPEDALE DELLA VALTIBERINA	43	4	5	3	55
OSPEDALE AREA ARETINA NORD	307	38	19	38	402
OSPEDALE S.ANDREA MASSA MARITTIMA	54	9	3	0	66
OSPEDALE DI ORBETELLO	57	10	9	0	76
OSPEDALE DI PITIGLIANO	18	6	0	0	24
OSPEDALE CIVILE DI CASTELDELPIANO	32	4	0	0	36
OSPEDALE DELLA MISERICORDIA	310	27	10	0	347
SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	8	0	0	0	8
PRESIDIO OSPEDALIERO AMIATA SENESE	22	4	5	2	33
OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA	119	18	9	4	150
OSPEDALI RIUNITI DELLA VAL DI CHIANA	120	16	8	4	148
OSPEDALE NUOVO VALDARNO	137	9	8	3	157
NUOVO OSPEDALE VALDICHIANA S.MARGHERITA	52	8	7	6	73
CENTRO RIABILITAZIONE TERRANUOVA B. SPA	64	0	0	0	64
	<b>1391</b>	<b>155</b>	<b>86</b>	<b>66</b>	<b>1698</b>

Fonte dati Flussi Ministeriali - Modello HSP12 anno 2022 Elaborazione a cura del settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche - D.G. Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana

E la dotazione delle Case di Cura convenzionate e accreditate presenti nel territorio aziendale:

Denominazione Struttura	PL Ordinari	PL Day Hospital	PL Day Surgery	Totale
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO	95	0	0	95
RUGANI HOSPITAL SRL	74	0	6	80
SAN GIUSEPPE HOSPITAL	78	0	10	88
	<b>247</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>263</b>

Fonte dati Flussi Ministeriali - Modello HSP13 Anno 2022 Elaborazione a cura del settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche - D.G. Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana

Per rappresentare in modo schematico e sintetico la complessità dell'azienda, si riportano tabelle relative ad alcuni ambiti di attività:

### Attività di Ricovero per Ospedale



		2019	2020	2021	2022
PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Totale dimessi (ord+dh)	Totale dimessi (ord+dh)	Totale dimessi (ord+dh)	Totale dimessi (ord+dh)
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Abbadia SS	1.064	643	620	468
	Osp. Montepulciano	6.710	5.604	6.006	5.440
Po Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	7.188	5.691	6.128	6.370
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Osp. Bibbiena	2.684	2.187	2.493	2.164
	Osp. Sansepolcro	2.033	1.579	1.904	2.045
	Osp. Arezzo	21.482	17.890	19.756	19.677
	Osp. Cortona	2.155	1.466	842	1.329
Po Valdarno	Osp. Montevarchi	8.139	6.703	7.335	7.124
Po Colline Dell'Albegna	Osp. Orbetello	2.578	2.160	2.569	2.370
	Osp. Pitigliano	476	281	235	128
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Osp. Massa Marittima	2.673	2.224	2.617	2.639
	Osp. Casteldelpiano	618	505	519	526
	Osp. Grosseto	16.967	13.590	14.507	16.453
	Spdc C/O A.O. Senese	243	201	222	228
	<b>Totale</b>	<b>75.010</b>	<b>60.724</b>	<b>65.753</b>	<b>66.961</b>

Fonte SDO -DWH

#### Interventi chirurgici per stabilimento (escluso chirurgia minore ambulatoriale)

PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	2019	2020	2021	2022
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Abbadia SS	351	201	251	164
	Osp. Montepulciano	2.294	1.701	2.041	1.856
Po Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	3.122	2.187	2.388	2.546
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Osp. Bibbiena	818	806	961	737
	Osp. Sansepolcro	1.033	675	780	1.314
	Osp. Arezzo	7.776	4.849	6.904	7.866
	Osp. Cortona	879	507	150	485
Po Valdarno	Osp. Montevarchi	3.840	3.121	3.683	3.343
Po Colline Dell'Albegna	Osp. Orbetello	1.114	1.026	1.321	1.255
	Osp. Pitigliano	1	1	2	
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Osp. Massa Marittima	1.067	989	1.253	1.204
	Osp. Casteldelpiano		-	1	
	Osp. Grosseto	7.650	5.579	5.744	7.262
	<b>Totale</b>	<b>29.945</b>	<b>21.642</b>	<b>25.479</b>	<b>28.032</b>

Fonte Registro Operatorio Ormaweb

#### Accessi di Pronto Soccorso per Ospedale

Presidio Ospedaliero	Stabilimento	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
	Osp. Arezzo	76.837	47.644	52.505	61.019
	Osp. Bibbiena	15.123	10.106	11.480	12.811
	Osp. Cortona	13.154	9.010	9.543	11.342
	Osp. Sansepolcro	14.265	9.169	10.003	11.575
PO dell'Areino, Casentino, Valtiberina e della Valdichiana Aretina		<b>119.379</b>	<b>75.929</b>	<b>83.531</b>	<b>96.747</b>
PO Valdarno	Osp. Montevarchi	<b>37.552</b>	<b>25.473</b>	<b>31.988</b>	<b>36.396</b>
PO Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	<b>30.688</b>	<b>20.928</b>	<b>23.879</b>	<b>26.946</b>
	Osp. Abbadia SS	6.575	4.621	4.788	5.738
	Osp. Montepulciano	26.977	17.546	20.514	23.448
PO dell'Amiata Senese, Val d'Orcia, Valdichiana Senese		<b>33.552</b>	<b>22.167</b>	<b>25.302</b>	<b>29.186</b>
	Osp. Orbetello	24.935	15.321	16.068	18.241
	Osp. Pitigliano	5.816	3.956	4.562	4.992
PO delle Colline dell'Albegna		<b>30.751</b>	<b>19.277</b>	<b>20.630</b>	<b>23.233</b>
	Osp. Casteldel piano	8.284	5.807	6.371	7.360
	Osp. Grosseto	71.930	48.449	58.399	67.263
	Osp. Massa Marittima	14.955	10.916	12.478	14.564
PO dell'Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana		<b>95.169</b>	<b>65.172</b>	<b>77.248</b>	<b>89.187</b>
<b>Totale complessivo</b>		<b>347.091</b>	<b>228.946</b>	<b>262.578</b>	<b>301.695</b>

### Accessi ambulatoriali per esterni nei 3 ambiti territoriali per anno:

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

	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
Provincia Arezzo	1.993.173	1.715.308	2.376.313	2.216.957
Provincia di Grosseto	1.123.092	868.451	1.107.560	1.048.851
Provincia Siena	887.902	800.964	1.149.833	919.651
<b>Totale Complessivo</b>	<b>4.004.167</b>	<b>3.384.723</b>	<b>4.633.706</b>	<b>4.185.459</b>

### Attività di assistenza domiciliare per tipo di percorso

#### Anno 2022

ADI	ADP	AD solo sanitaria	Cure Intermedie attivate da ACOT	Cure Intermedie attivate da medico di distretto	Cure Palliative Domiciliari	Presa in carico per stati vegetativi	UVM Standard (PAP)	Totale utenti
22.376	3.993	37.031	1.072	119	950	4	6.974	72.519

fonte: archivio regionale AD-RSA (r/c 115 r/c 118)

elaborazioni: Settore Sistema Informativo e Tecnologie Informatiche - D.G. Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale - Regione Toscana

a fronte di poco più di 66.000 utenti di cui 18.000 trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) nel 2021.

# VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

## Valore pubblico

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

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

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

L'Azienda stabilisce come **obiettivi strategici**, tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali, quelli inerenti a:

- Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
- Indicatori del sistema di valutazione della performance regionale del Laboratorio MeS;
- Indicatori di esito (Prose ARS, PNE);
- Indicatori definiti dalle Direzioni Regionali competenti

Inoltre per proseguire la propria missione, in continuità con quanto già avviato in precedenza e per migliorare sempre i servizi offerti ai propri cittadini, l'Azienda individua per il triennio **altri obiettivi suddivisi nelle seguenti linee di indirizzo per le 4 aree strategiche:**

### **1. ATTIVITA' E PERFORMANCE:**

#### **Consolidare i livelli di erogazione delle prestazioni**

- ✓ Riportare l'Attività chirurgica e ambulatoriale a livelli pre-Covid (anno 2019)

#### **Intervenire con azioni di rafforzamento della rete ospedale-territorio**

- ✓ Sviluppare il nuovo modello dell'assistenza territoriale con attenzione alla evoluzione delle UCA
- ✓ Progettazione e implementazione delle Case della Comunità
- ✓ Potenziare le cure intermedie
- ✓ Estendere il modello dell'infermiere di famiglia e comunità
- ✓ Implementazione Centrali Operative territoriali -COT
- ✓ Implementazione le azioni di prevenzione del disagio e analisi delle migliori strategie per rispondere all'aumento delle problematiche psichiche evidenziate nel periodo pandemico

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

- ✓ Governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche

#### **Incrementare le misure di prevenzione e sicurezza delle cure**

- ✓ Sviluppare di tutte le misure di prevenzione e igiene ospedaliera incluse le vaccinazioni

## 2.QUALITA' ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO, TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

Promuovere la qualità , la sicurezza e la trasparenza dei percorsi assistenziali nonché la formazione degli operatori

- ✓ Certificazione di qualità dei processi amministrativi
- ✓ Rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alle gestione dei fondi da PNRR
- ✓ Attenzione alla qualità percepita
- ✓ Attenzione alle politiche del personale: formazione, valorizzazione del personale, coinvolgimento delle multiprofessionalità nelle decisioni e nel confronto volto al miglioramento, pari opportunità ed equilibrio di genere
- ✓ Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza dell'organizzazione
- ✓ Monitoraggio ed eventuale revisione dei regolamenti interni con particolare riferimento al Codice di Comportamento ed alla Gestione del Conflitto di Interessi

## 3.PROGETTI ORGANIZZATIVI DI INNOVAZIONE E SVILUPPO

Implementare nuovi progetti organizzativi, di innovazione e sviluppo e sanità digitale

- ✓ Potenziamento rete ospedaliera in sinergia con AOUS
- ✓ Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali
- ✓ Prosecuzione nel processo di informatizzazione: sviluppo della telemedicina, cartella clinica informatizzata, Sistema Informativo Territoriale Regionale (AsterCloud) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio
- ✓ Sviluppo di nuovi modelli organizzativi sia in ambito medico che chirurgico sostenibili, innovativi, flessibili (Lean Project)
- ✓ Adozione di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili per i vari fattori produttivi
- ✓ Valutazione della congruenza del parco tecnologico e informatico in termini di adeguatezza, efficienza e sostenibilità
- ✓ Sviluppo di progetto di efficientamento energetico
- ✓ Promozione delle politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale, accessibilità digitale e accessibilità fisica
- ✓ Sviluppo progetti PNRR

## 4. BUON USO DELLE RISORSE

Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e al governo della spesa

- ✓ Governo dell'appropriatezza farmaceutica e dispositivi
- ✓ Potenziamento della distribuzione diretta
- ✓ Efficientamento di tutti i servizi Core e No Core

In particolare nell'ambito dell'ATTIVITA' E PERFORMANCE da evidenziare l'importante obiettivo del **consolidamento dei livelli di erogazione delle prestazioni**. L'Azienda intende riportare l'Attività chirurgica e ambulatoriale a livelli pre-Covid (anno 2019).

Per quanto riguarda questa linea strategica l'Azienda è impegnata nel consolidamento del percorso di recupero delle liste di attesa già in atto ai sensi della DGRT 604/2019 "PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA 2019 – 2021" e della DGRT 148/2022 "Piano Rientro Liste di attesa Regione Toscana ai sensi dell'art 1 comma 276 Legge 234/2021" che prevede le seguenti azioni:

- attività ambulatoriale e diagnostica: i) efficientamento dei percorsi; ii) ricorso a progetti di produttività aggiuntiva; iii) eventuale ricorso a convenzioni specifiche con il privato accreditato
- attività chirurgica: i) efficientamento dei percorsi con particolare riferimento all'incremento dell'attività di day surgery e/o ambulatoriale complessa, ii) ricorso a progetti di produttività aggiuntiva per aumentare la disponibilità degli slot operatori, iii) eventuale ricorso a convenzioni specifiche con il privato accreditato per l'effettuazione degli interventi chirurgici non effettuati nel periodo pandemico.

Per quanto riguarda **le azioni per il governo dell'appropriatezza** da evidenziare l'attenzione al Governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche

Anche per questa linea strategica, l'Azienda USLTSE intende proseguire i percorsi di governo in atto, in linea con le direttive regionali. In particolare si prevedono le seguenti azioni:

- governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali e di diagnostica: i) monitoraggio costante dei risultati del *catchment index* (misura della capacità di presa in carico delle prescrizioni di visite e indagini diagnostiche) e del rispetto dei tempi di attesa, ii) produzione di protocolli per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni; iii) avvio di una progettualità volta al miglioramento della presa in carico degli utenti da parte degli specialisti, con prescrizione diretta e contestuale prenotazione delle prestazioni di controllo, al fine di ridurre l'inappropriatezza delle prescrizioni
- governo delle liste di attesa chirurgiche: i) rafforzamento della funzione di Gestione Operativa a livello aziendale e di Presidio Ospedaliero con particolare coinvolgimento delle Direzioni Mediche di Presidio e degli Uffici di Programmazione Chirurgica; ii) rafforzamento della funzione di Coordinamento a livello aziendale dei referenti della Gestione Operativa; iii) monitoraggio costante dei tempi di attesa e numerosità dei pazienti in lista di attesa con attività periodica di reporting, iv) attività trimestrale di recall e pulizia delle liste di attesa, v) monitoraggio della corretta implementazione del flusso informativo degli interventi chirurgici (RFC 165) e del flusso informativo dei ricoveri SDO (anche in collaborazione con RT) al fine di avere a disposizione dati corretti ed affidabili

Anche l'**implementazione delle azioni di prevenzione del disagio e l'analisi delle migliori strategie per rispondere all'aumento delle problematiche psichiche evidenziate nel periodo pandemico**, avrà un ruolo molto rilevante nell'attività del triennio 2023-2025.

Le azioni mirate a prevenire il disagio ed ancor più a far sì che questo non evolva in patologia psichica, diversificate in relazione alla fasce di età della popolazione da "intercettare", nonché le strategie per rispondere al progressivo aumento delle problematiche psichiche possono essere così sintetizzate:

- rafforzare il rapporto con i MMG ed i PLS;
- implementare le attività di tele-consulto in tutte le situazioni dove questo sarà possibile;
- sistematizzare e/o generalizzare azioni già in essere in fase sperimentale solo in alcune ZD mirate a raggiungere le fasce più fragili della popolazione e pertanto a maggior rischio (minori e disabili).
- valorizzare gli interventi di prossimità;
- stabilizzare e/o attivare percorsi congiunti tra le varie UUFF, in relazione alla trasversalità dei disturbi psichici rispetto alle diverse UUFF (SMA, SMIA, AC, SerD);
- promuovere e sostenere gruppi di auto-aiuto, di educazione tra pari o di pazienti/familiari esperti; potenziare i progetti di rete con Associazioni di utenti/familiari, altri Enti.

Sempre nell'ambito dell'area strategica Attività e Performance, fondamentale è lo **Sviluppo di tutte le misure di prevenzione e igiene ospedaliera incluse le vaccinazioni** ; in particolare la riorganizzazione promossa dalla Regione Toscana sulle attività vaccinali ha comportato la necessità di un forte coordinamento con i pediatri di libera scelta ed i medici di medicina generale, sottolineando il ruolo organizzativo e di monitoraggio dell'Area Dipartimentale IPN.

Per il 2023 è obiettivo prioritario raggiungere le percentuali di copertura vaccinale ottimali, necessariamente ridotti durante la pandemia, al fine di mettere in sicurezza la popolazione del nostro territorio dalle malattie infettive prevenibili.

Particolare importanza rivestirà nel triennio la **Certificazione di qualità dei processi amministrativi**.

La Direzione Amministrativa ed Aziendale dell'Azienda Usl Toscana Sud Est hanno pensato di individuare nella Certificazione UNI EN ISO 9001: 2015 un utile strumento per il raggiungimento di livelli di qualità congrui rispetto ai requisiti richiesti dai livelli di qualità dei processi di erogazione e produzione.

Pertanto la norma UNI EN ISO 9001: 2015 può rappresentare oggi un punto di riferimento fondamentale per la Direzione che vuole meglio relazionarsi con il territorio e con il proprio sistema utente/fornitore interno ed esterno.

Si riportano alcuni degli obiettivi indicati:

- ✓ semplificazione delle procedure attraverso la re-ingegnerizzazione dei processi
- ✓ monitoraggio delle risorse impegnate ai fini dell'equilibrio del bilancio aziendale
- ✓ orientamento delle funzioni tecnico-amministrative in base a logiche di soddisfacimento dei bisogni degli utenti/clienti esterni
- ✓ realizzazione di una forte integrazione tra i processi di erogazione delle prestazioni sanitarie e i processi di supporto
- ✓ miglioramento continuo dei processi secondo i principi di qualità
- ✓ razionalizzazione dei processi di lavoro per obiettivi

In tale ottica è indispensabile definire procedure e percorsi di facilitazione degli accessi, di semplificazione e di sostegno alle attività ricercando legami e collaborazioni con tutte le strutture coinvolte operando quindi non più solo in vista del mero rispetto della norma perché "così dice la norma" ma lavorando per risolvere i problemi ed esaudire, per quanto di propria competenza, i bisogni di assistenza sanitaria e sociale dell'utente.

Per perseguire gli obiettivi verranno individuati i processi che regolano il funzionamento delle strutture aziendali coinvolte nel progetto di qualità partendo dalla declaratoria delle funzioni attribuite con statuto aziendale: i processi verranno altresì esaminati nella loro sequenza, nelle loro eventuali interazioni curandone l'analisi, la valutazione e la gestione dei rischi.

Per i suddetti processi significativi verranno redatte e pubblicate procedure documentate che esplicano le modalità di esecuzione e controllo dei processi stessi e le responsabilità delle varie funzioni coinvolte. Tali procedure richiameranno, oltre che indicatori di processo e di esito che ne misureranno le performances.

I diagrammi di flusso rappresenteranno in ciascuna delle procedure le interazioni e le sequenze tra i singoli processi / attività nonché le relazioni che si stabiliscano con le varie tipologie di utenti.

Verrà effettuato un lavoro preliminare di ricognizione dei vari processi che costituirà il punto di partenza per individuare le aree e le interazioni tra le varie UU.OO interessate.

Tutti i professionisti saranno chiamati a contribuire al miglioramento continuo della efficacia, efficienza ed affidabilità dei processi operativi perseguendo anche economicità di gestione aziendale.

Ciò si realizza con un'azione congiunta tra management, line e utenza nella definizione di processi diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi che si sviluppino in una strategia condivisa che unisce le dimensioni tecnico-professionale, manageriale, percepita e della sicurezza in un unico concetto integrato di Qualità e Sicurezza.

Attraverso una regia aziendale di staff i vari step da affrontare trovano la sintesi seguente:

1. Analisi dei processi
2. Progettazione del SGQ
3. Definizione dei documenti del SGQ
4. Implementazione del SGQ
5. Verifiche ispettive ed interne
6. Riesame della direzione
7. Verifica di certificazione
8. certificazione

Le verifiche interne costituiranno un ulteriore step teso a misurare la maturità del sistema qualità coinvolgendo tutti i professionisti ad attività di autovalutazione ed audit al fine di dare evidenza all'effettiva applicazione delle procedure approvate approfondendo altresì i risultati ottenuti attraverso l'analisi degli indicatori.

Nascerà un cruscotto aziendale che andrà ad alimentare e / o integrare il bersaglio Mes con una serie di indicatori utili all'azienda per il suo funzionamento interno e per alimentare omogeneità e trasparenza nei vari processi. Il progetto dell'Azienda Usl Toscana Sud Est prevede altresì il superamento della verifica ispettiva effettuata da KIWA, ente individuato con gara Estar per il rilascio delle certificazioni di qualità ottenute dai vari servizi del Sistema Sanitario Regionale Toscano. La certificazione di qualità, se rilasciata, validerà non solo il Sistema Qualità costruito, ma anche che le attività dell'organizzazione vengano svolte esattamente come pianificato.

Sempre nell'ambito della qualità, accreditamento, rischio clinico e trasparenza da evidenziare l'intenzione dell'Azienda nel **Rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alle gestione dei fondi da PNRR.**

L'obiettivo dell'Azienda, correlato alle attività inerenti la gestione dei rischi dovrà essere duplice: da un lato, prevedere una mappatura dei processi unica, relativa ad aspetti concernenti la performance e aspetti correlati all'anticorruzione.

In secondo luogo, ferma restando l'indicazione formulata dal PNA in consultazione, relativa alla necessità di concentrarsi sui processi interessati dal PNRR e dalla gestione dei fondi strutturali, è d'obbligo mantenere il presidio su processi che, pur non direttamente collegati a obiettivi di *performance* o alla gestione delle risorse del PNRR e dei fondi strutturali, per le caratteristiche proprie del contesto interno o esterno, presentino l'esposizione a rischi corruttivi significativi.

Per questo motivo l'RPC continuerà a sviluppare azioni di audit con i responsabili di tutte le strutture aziendali al fine di individuare processi rispetto ai quali si renda necessario operare un'adeguata analisi del rischio

Attenzione particolare è anche **alla qualità percepita** dove l'Azienda ha aderito sin dall'anno 2020 agli osservatori continui dell'esperienza del paziente secondo l'approccio di valutazione dei percorsi sanitari attraverso censimenti sistematici, in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità del Sant'Anna.

Sono state pertanto avviate le indagini **PREMs - Patient Reported Experience Measures**, questionari di valutazione del ricovero ospedaliero al momento della dimissione e **i PROMs - Patient Reported Outcome Measures** per la valutazione degli esiti delle cure dei percorsi, al fine di contribuire al miglioramento della qualità delle cure sanitarie.

Con i pazienti, in qualità di *stakeholder* chiave del settore sanitario, è crescente l'interesse a lavorare in partnership al fine di valutare congiuntamente i servizi sanitari e, quindi, creare valore aggiunto. Sono state pertanto delineate le seguenti azioni strategiche:

- organizzazione di FAD asincrona su modalità operative, registrazione, valutazione dei PREMS per consentire la formazione diffusa di tutti gli operatori aziendali
- invio di report mensile a tutti i responsabili PREMS individuati all'interno dei reparti
- analisi delle azioni di miglioramento implementate a seguito della lettura dei risultati
- newsletter bimestrale dedicata
- aggiornamento semestrale Comitato di Partecipazione
- progetto di ricerca con il MeS per confronto tra: reclami segnalazioni e valutazione dell'esperienza di ricovero, quindi confronto con gli indicatori dello Stress lavoro correlato
- Audit e formazione dedicata tra pari
- Pubblicazione che raccoglie i commenti positivi e le buone pratiche "Agli occhi del paziente. Buone pratiche nella Asl Toscana sud est"

Inoltre al fine di garantire l'ascolto dei pazienti fragili e cronici a garanzia di una migliore presa in cura, l'Azienda ha previsto l'adesione al progetto internazionale PaRIS (Patient-Reported Indicators) promosso dall'OCSE – Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Il progetto Paris

avviato in collaborazione tra il Laboratorio Management e Sanità e il Ministero della Salute ha permesso di disegnare il primo Osservatorio in Italia sull'esperienza e gli esiti dei pazienti affetti da cronicità.

Sono state previste le attività operative di seguito riportate:

- Somministrazione di un questionario ai Direttori di SDS/Zona Distretto
- Somministrazione di un ulteriore questionario specifico ai Coordinatori di AFT
- Indagine rivolta agli assistiti di età superiore ai 45 anni
- Raccolta sistematica di misure di esito e di esperienza con l'assistenza territoriale in particolare da parte di pazienti cronici
- Implementazione di azioni correttive a seguito dei risultati raccolti al fine di migliorare efficacia e d'efficienza del sistema sulla base della valutazione dei pazienti stessi

In senso del tutto trasversale ai suddetti processi di valutazione delle molteplici dimensioni della qualità dell'assistenza erogata (organizzativo-gestionale, professionale e della stessa qualità percepita) è stata introdotta in seno allo Staff della Direzione Sanitaria, già con il piano delle performance 2022-2024, una specifica attività di risk mapping e di risk reporting mirata ad accrescere la circolarità fra la conoscenza delle possibili vulnerabilità rilevanti nell'itinerario della conflittualità cittadino-strutture sanitarie e l'adozione delle azioni necessarie al loro contenimento.

Nello specifico, l'attività ha previsto la produzione di risk maps integrate sul rischio sanitario legato a sinistri e reclami per l'impiego da parte delle Direzioni delle UUOO Cliniche nei processi di monitoraggio esiti, di self risk assessment e di risk control finalizzati alla sicurezza delle cure.

In accordo con la genesi multifattoriale del fenomeno contenzioso, anche mediato da fattori d'innescio soggettivi, legati all'esperienza del paziente, le risk maps hanno compreso il monitoraggio di più dimensioni della *patient experience*.

Conclusa la prima fase di risk mapping su scala aziendale e di reporting a tutte le Direzioni dei Dipartimenti Clinici (che proseguirà con cadenza semestrale) sono previste ulteriori fasi di implementazione di seguito indicate:

- estensione dell'attività di risk mapping periodico alle Direzioni di P.O. e di ZD;
- promozione di *incontri, audit e/o M&M o sessioni case reports* finalizzate all'analisi di singoli eventi critici e/o di casistiche rilevanti in materia di risk assessment e di risk control, in collaborazione con Dipartimenti, Aree Dipartimentali e/o Strutture Professionali a maggiore esposizione alla conflittualità,
- formazione in Team in materia di Prevenzione del Contenzioso (già previsto dal PAF 2023), anche secondo percorsi formativi on the job dedicati ad aree specialistiche omogenee

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

Obiettivo dei prossimi anni dovrà essere quello di promuovere strategie di contrasto della corruzione mediante l'utilizzo combinato di vari strumenti, dalla formazione, all'organizzazione di corsi ed altre iniziative di aggiornamento, dall'organizzazione di riunioni, audit e incontri periodici con le varie strutture aziendali per diffondere in modo trasversale una cultura dell'etica e della legalità che sia trasversale in Azienda.

### **Monitoraggio ed eventuale aggiornamento dei regolamenti interni con particolare riferimento al Codice di Comportamento ed alla Gestione del Conflitto di Interessi**

L'ultima revisione del Codice di comportamento è stata approvata con deliberazione n. 1627 del 27 dicembre 2022, a seguito della previsione normativa che ha previsto che il codice stesso debba contenere una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione e che tale revisione dovesse essere adottata entro il 31 dicembre 2022.

Nel 2023 tutte le strutture, ciascuno per la propria competenza dovranno garantire la massima diffusione del Codice di Comportamento e dovrà esserne verificata l'attuazione, con particolare riferimento a:

- obbligo di inserimento, a cura dei Responsabili preposti, di apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice negli atti di incarico, nei bandi, negli avvisi e nei contratti/convenzioni di acquisizioni delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, lavori e forniture,



- obbligo di organizzazione di attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione dello stesso, prevedendo lo svolgimento di un ciclo formativo obbligatorio, sia a seguito di assunzione, sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale
- obbligo di consegna e sottoscrizione ai neo assunti ed ai collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda al fine di assicurare l'osservanza agli obblighi di condotta previsti dal Codice stesso e di trasmissione dello stesso a tutte le amministrazioni/enti presso le quali il personale aziendale è collocato in posizione di comando o di distacco
- obbligo di inserimento negli atti di gara della previsione secondo cui il Codice di comportamento dovrà essere rispettato da tutti i collaboratori a qualsiasi titolo e da fornitori di beni e servizi.

Qualora, dall'applicazione del Codice e dalla verifica in merito all'attuazione, emergessero osservazioni e/o criticità, l'Azienda provvederà ad effettuare un ulteriore aggiornamento.

Per quanto riguarda il Regolamento relativo al Conflitto di Interessi, approvato con deliberazione n° 1629 del 27 dicembre 2022, per la rilevanza degli istituti trattati, ne è stata disposta l'adozione in via sperimentale per sei mesi al fine di realizzare nel frattempo un confronto con Organizzazioni sindacali, Organismo indipendente di valutazione e stakeholders, al termine del quale verrà licenziata la versione definitiva alla luce delle osservazioni raccolte.

L'azienda vuole porre anche particolare **attenzione alle politiche del personale: formazione, valorizzazione del personale, coinvolgimento delle multiprofessionalità nelle decisioni e nel confronto volto al miglioramento.**

Nel 2023 l'Azienda continuerà a valorizzare il personale del comparto attraverso **interventi formativi** e organizzativi già programmati volti a far crescere le competenze gestionali e professionali. L'obiettivo prioritario è quello di consolidare il middle management aziendale, soprattutto in termini di autonomia e di capacità decisionale. Sul lato della dirigenza invece, l'innovazione organizzativa sarà l'oggetto principale delle linee di azione delle politiche del personale. La carenza di personale medico che si registra a livello nazionale richiede infatti nuove modalità organizzative per far fronte alla copertura dei servizi sul territorio. Questa doppia spinta congiunta permetterà di dar vita ad un sistema capace di trovare la sostenibilità nei processi di innovazione, evitando duplicazioni e/o inefficienze organizzative e assicurando la continuità dei servizi; il tutto senza perdere di vista la qualità dell'assistenza e la dimensione qualitativa e quantitativa dei bisogni sanitari della popolazione di riferimento.

Tutti questi passaggi sono già avviati e potranno andare a compimento a seguito di processi di condivisione e coinvolgimento da svolgersi su più piani, quello sindacale, quello individuale e quello di gruppo.

La Asl Toscana Sud Est ha inoltre una particolare attenzione alla **promozione delle pari opportunità**, alla promozione del benessere organizzativo, alla conciliazione lavoro-famiglia, alla inclusività e al contrasto alle discriminazioni.

Con Delibera n.1618 del 21/12/2022 l'Azienda ha rinnovato il **Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)** che è l'organo che esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica, e si afferma come soggetto, attraverso il quale il legislatore, tenendo conto delle criticità esistenti, intende raggiungere i seguenti obiettivi:

- a. Assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione diretta e indiretta, relativa al genere, all'età all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua, senza diminuire l'attenzione nei confronti delle discriminazioni di genere l'ampliamento ad una tutela espressa nei confronti di ulteriori fattori di rischio..
- b. Favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici.

Il Comitato unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, redige il **Piano triennale di Azioni Positive (PAP)**, documento mirato ad introdurre azioni positive all'interno del contesto di lavoro.

Proseguiranno pertanto nell'Azienda Toscana Sud Est, azioni relativamente a:

- formazione del personale in particolare sulle tematiche di benessere organizzativo e pari opportunità
- fare rete con altre con la struttura aziendali tipo la "UOSD Benessere Organizzativo e Clima Interno", dotata di risorse e professionalità adeguate, con gli Sportelli di Ascolto Psicologico e l'implementazione di nuovi ambiti di intervento sul benessere organizzativo ;
- contrasto ad azioni di straining e mobbing, lotta alle molestie e alle discriminazioni, miglioramento del benessere organizzativo in collaborazione con la R.S.P.P., i Medici Competenti, le strutture aziendali come il Dipartimento Risorse Umane, l'Agenzia della Formazione, i R.L.S., per affrontare in maniera coordinata tutta la materia del benessere organizzativo e dell'impatto che su di esso può esercitare anche lo stress lavoro-correlato che sono indispensabile per progettare in maniera unitaria la rilevazione dei disagi e quella dei bisogni per i dipendenti e le dipendenti della nostra azienda;
- valorizzazione dei percorsi interni per la risoluzione dei conflitti : "sportelli di ascolto" dedicati, diffusi sul territorio con definizione del loro mandato e del loro rapporto con le altre strutture;
- leggere i bilanci degli enti pubblici in chiave di genere come importante strumento di mainstreaming (integrazione) che consente di analizzare e contribuire a ridurre le disuguaglianze di genere attraverso un esercizio di trasparenza, equità e rendicontazione della gestione e distribuzione delle risorse impiegate;
- Lavoro agile e conciliazione vita-lavoro. In particolare Per il Lavoro agile il CUG si impegna perché sia garantita l'effettiva possibilità per ciascun lavoratore/lavoratrice, compatibilmente con il proprio profilo professionale, di usufruire di tutti i giorni di lavoro agile consentiti dalla normativa; del rispetto di fatto del diritto alla disconnessione; invita l'Amministrazione a effettuare investimenti in strumenti tecnologici (pc, tablet ed accessori);
- Telelavoro: verificando la garanzia della effettiva possibilità, per il personale che ne ha diritto come da normativa vigente, di poter usufruire il più possibile del Telelavoro ; verifica del rispetto di fatto del diritto alle pause di lavoro al di fuori della dovuta reperibilità; verifica che la strumentazione messa a disposizione sia effettivamente adeguata alle esigenze lavorative e ben funzionante.
- Maternità e lavoro: Conciliare lavoro e famiglia è una sfida quotidiana che le imprese possono sostenere con politiche di welfare aziendale, le pubbliche amministrazioni sulla base di studi degli ultimi anni hanno dimostrato l'utilità, di adottare politiche favorevoli alle famiglie (family friendly ). Per questo ambito il CUG ritiene utile promuovere un'indagine interna che definisca:  
-il livello di percezione dei/le dipendenti di come l'azienda si pone nell'affrontare il tema maternità e lavoro  
-l'esame degli atti e regolamenti a carattere interno, degli ultimi 4 anni (data costituzione Azienda UTSE) dell'azienda nei confronti del Family Friendly .
- Invecchiare bene al lavoro "Age Diversity Management" / Prevenzione in un'ottica di genere/ WHP -Work Health Promotion

La Pandemia ha di fatto impedito l'implementazione delle "Linee guida sull'Age Diversity Management" prodotte a suo tempo da un gruppo di lavoro aziendale e previste nel precedente PAP.

Tali buone pratiche (part-time, mentoring, valutazioni, ipersuscettibilità, ecc) vogliono rappresentare una implementazione delle misure di prevenzione e promozione della salute basate sull'età anagrafica dei/le lavoratori/trici (age management) e più in generale ai diversi bisogni che gli/le stessi/e presentano correlati alle ridotte capacità lavorative (diversity management)

Il CUG propone :

- di monitorare la loro applicazione per affrontare con un approccio strategico globale e proattivo al problema della demografia aziendale ed affrontarla con interventi che

- valorizzino le caratteristiche delle persone in età avanzata o con fragilità di salute e/o ridotte capacità lavorativa
- di contribuire con idee ed azioni attraverso i gruppi di lavoro appositamente istituiti per il progetto regionale “WHP- Work Health Promotion, luoghi di lavoro che promuovono la salute” a promuovere azioni tese a stimolare la partecipazione attiva delle persone nell’adozione di stili di vita sani per la riduzione dei fattori di rischio socio-economici e ambientali che agiscono come determinanti nel miglioramento della salute e del benessere del personale dipendente.

Nell’ambito dell’area strategica **PROGETTI ORGANIZZATIVI DI INNOVAZIONE E SVILUPPO**, particolare importanza sarà data al

### **Potenziamento rete ospedaliera in sinergia con AOUS**

Relativamente a questa linea strategica l’AUSLTSE ha sviluppato una progettualità condivisa con AOUS il cui principale obiettivo è quello di garantire accesso a cure di alta specializzazione anche presso i presidi periferici in un’ottica di potenziamento della prossimità delle cure e di equità di accesso nel rispetto dei criteri di sicurezza e qualità. In particolare si prevedono le seguenti attività:

- sviluppo di un percorso interaziendale per la gestione delle patologie ematologiche che prevede di organizzare presso il Presidio Ospedaliero Misericordia di Grosseto un’attività di consulenza e presa in carico dei pazienti con patologia ematologica sul territorio da parte di professionisti AOUS;
- sviluppo di percorsi inter-aziendali per l’attività chirurgica che possano interessare diverse discipline al fine di : i) aumentare l’offerta sanitaria a livello di Area Vasta perseguendo l’equità, la qualità e la tempestività di accesso alle cure più appropriate per i cittadini, realizzando un’assistenza specialistica di alto livello il più possibile vicina al paziente; ii) sviluppare la crescita delle competenze e degli skills professionali; iii) incrementare i volumi di attività in modo tale da raggiungere performance ottimali di efficienza e efficacia;
- sviluppo di un percorso inter-aziendale per la gestione delle emergenze da patologia aortica acuta al fine di abbreviare il tempo tra insorgenza e trattamento ed evitare ogni ritardo che intercorra tra il sospetto e/o la diagnosi di Sindrome Aortica Acuta ed il trattamento medico, chirurgico o interventistico, garantendo un percorso in sicurezza per il paziente;
- sviluppo delle funzioni di attività ospedaliera di riabilitazione intensiva in collaborazione con AOUS nell’ambito dello sviluppo in Area Vasta di modelli di presa in carico integrata dei pazienti per garantire la continuità dei percorsi tempo-dipendenti e trapiantologici nella fase post-acuta;
- valorizzazione della dimensione inter-aziendale dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) di Area Vasta, con particolare riferimento al GOM del polmone ed al GOM di area medica, al fine di promuovere una presa in carico integrata del paziente, l’accesso ai migliori standard di cura e assistenza e lo sviluppo professionale continuo all’interno di equipe multi-disciplinari inter-aziendali
- rafforzamento della rete dell’Emergenza-Urgenza tra AUSLTSE e AOUS al fine di sviluppare percorsi di integrazione e monitoraggio delle attività, nonché la definizione di protocolli e procedure condivise con l’obiettivo di standardizzare le procedure ed evitare l’overcrowding.

### **Sviluppo di nuovi modelli organizzativi sia in ambito medico che chirurgico sostenibili, innovativi, flessibili (Lean Project)**

Relativamente a questa linea strategica l’AUSLTSE intende implementare e potenziare l’integrazione e la cooperazione di Area Vasta nella costruzione dei percorsi clinico-organizzativi e dei modelli di erogazione dei servizi al fine di migliorare l’offerta sanitaria nell’ottica di una maggiore equità di accesso alle cure e di prossimità al paziente. In particolare si prevedono le seguenti attività:

- sviluppo della rete senologica di Area Vasta in collaborazione con AOUS che prevede l’integrazione delle attività dei vari nodi della rete, sia territoriali che ospedalieri, ognuno per la propria competenza. In tal senso, l’AUSLTSE e l’AOUS intendono sviluppare, nel prossimo triennio 2023-2025, tutte le sinergie necessarie per la piena attuazione delle linee di indirizzo regionali, sviluppando una Rete senologica di Area Vasta che veda la collaborazione e cooperazione di tutti i

- livelli assistenziali, da quello territoriale a quello ospedaliero specialistico, con il coinvolgimento anche delle associazioni di volontariato e dei pazienti e familiari.
- Sviluppo di un PDTA sul buon uso del sangue per la gestione ottimizzata ed appropriata della risorsa sangue che si traduce in una riduzione significativa della necessità di trasfusione e del consumo di sangue ed emocomponenti, nonché in una riduzione del rischio trasfusionale e delle complicanze.
  - Sviluppo dei seguenti PDTA di Area Vasta: i) PDTA della neoplasia polmonare; ii) PDTA del trauma toracico; iii) PDTA per la gestione del paziente con frattura da fragilità; iv) PDTA Disturbi Cognitivi e Demenze; v) PDTA Fibromialgia; vi) PDTA Carcinoma avanzato della tiroide;
  - definizione ed avvio di sperimentazioni gestionali che consentano la progettazione e realizzazione di percorsi sempre più “paziente-centrici”, attraverso l’adozione di modelli organizzativi funzionali a garantire la presa in carico dei pazienti da parte delle migliori professionalità, al fine di offrire a cittadini dell’Area Vasta omogenee opportunità di accesso alle cure;
  - sviluppo di reti inter-aziendali delle cure palliative e della lotta al dolore che coinvolgano le strutture di AOUS e le strutture territoriali di AUSL per la continua e tempestiva presa in carico dei pazienti affetti da qualunque patologia ad andamento acuto, cronico e evolutivo nei setting assistenziali più appropriati alla specifica fase del percorso di cura ed alle condizioni cliniche del paziente.
  - Sviluppo di progetti di applicazione del DM 77 con metodologia Lean con particolare riferimento all’organizzazione delle Centrali Operative Territoriali.

### **Adozione di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili per i vari fattori produttivi**

L'Azienda in questi anni ha investito nello sviluppo di DataWareHouse ed altri sistemi di cruscotti direzionali al fine di gestire al meglio l'enorme quantità di dati generati nei vari applicativi verticali presenti in azienda. L'ulteriore passo che adesso vuole fare è migliorare la generazione di "informazioni" andando a creare report che mettano insieme attività e consumi, risorse assegnate (personale) e attività in modo da creare un sistema di benchmarking interno utile alla Direzione per il governo dell'azienda e come supporto alle scelte strategiche.

### **Sviluppo progetti PNRR**

Obiettivo prioritario in questo campo è rispettare le tempistiche imposte e declinate nel CIS (Contratto istituzionale di sviluppo) per l’esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome (PP./AA.) firmato tra il Ministero della Salute e la Regione Toscana sui vari ambiti di intervento per:

- M6C1 1.1 “Case della Comunità e presa in carico della persona”
- M6C1 1.2 “Casa come primo luogo di cura e Telemedicina”, di cui 1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)
- M6C1 1.3 “Rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità”
- M6C2 1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero” (digitalizzazione DEA I e II livello e grandi apparecchiature – nuovi progetti e FSC)
- M6C2 1.2 “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”
- PNC – “Verso un ospedale sicuro e sostenibile”
- M6C2 1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero” (Rafforzamento strutturale del SSN)

### **L’accessibilità digitale**

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

Pertanto le azioni ed i progetti volti ad assicurare l’accessibilità digitale - ossia assicurare la capacità dei sistemi informatici di erogare servizi e fornire informazioni fruibili senza discriminazioni, anche da parte di coloro che a causa di disabilità o dell’età (ultrasessantacinquenni) necessitano di tecnologie assistite

o configurazioni particolari - sono intraprese a livello regionale e generalmente coinvolgono la nostra azienda nelle fasi esecutive.

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

La App supporta l'accesso ai seguenti servizi:

- FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico), dove il cittadino/assistito può consultare i propri referti di laboratorio e di radiologia, le prescrizioni di farmaci o prestazioni specialistiche, le vaccinazioni e altra documentazione sanitaria.
- Anagrafe Sanitaria, dove il cittadino/assistito può operare la scelta e revoca del medico di base o del pediatra per i bambini, consultare le esenzioni per patologia, autocertificare l'esenzione per reddito, avere l'attestato di esenzione.
- Prenotazioni e pagamenti, dove il cittadino/assistito può operare prenotazioni di prestazioni ambulatoriali sul CUP, effettuare il pagamento del ticket tramite IUV oppure pagamenti di posizioni debitorie, prenotare analisi del sangue.
- Percorsi specifici, in particolare: il "Borsellino elettronico per celiaci" che permette di ritirare presso grande distribuzione, farmacie pubbliche e private i prodotti necessari in funzione del budget assegnato su base mensile e "Happymamma", che permette di gestire tutti gli esami e il percorso nascita alle neo-mamme.

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

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

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

Anche l'URP si è posto come punto di riferimento e di orientamento nei confronti del cittadino per fornire soluzioni rapide ed immediate alle varie problematiche. Si tratta quindi di un rilevante punto di contatto per gli utenti, soprattutto per i più anziani e per coloro che si trovano in condizioni di fragilità, che offre un costante supporto in collaborazione con gli altri servizi aziendali.

Occorre ricordare anche l'attività del Punto informazione, che svolge la funzione di call-center aziendale con finalità di informazione e orientamento degli utenti sui vari servizi. Sono inoltre da segnalare le varie iniziative, messe in atto soprattutto negli ultimi anni, per sviluppare le potenzialità informative e di interazione con i cittadini del sito web istituzionale, anche con l'inserimento di moduli e richieste online trattate dallo stesso URP o da altri uffici aziendali.

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

Il progetto prevede il supporto a persone anziane e fragili anche per l'accesso ai servizi digitali delle amministrazioni, con particolare riferimento a Comuni e ASL.

## **L'accessibilità fisica**

L'adeguata accessibilità fisica alle strutture ed il superamento delle barriere architettoniche costituiscono requisiti essenziali per gli edifici destinati ad ospitare servizi sanitari e socio-sanitari. Data la numerosità e l'ampiezza degli immobili aziendali, si possono comunque presentare criticità nel caso di edifici di non recente costruzione o collocati in contesti particolari.

Nell'ambito dell'attività dell'URP, di gestione dei reclami, a volte vengono trattate segnalazioni degli utenti che lamentano varie difficoltà di accesso alle strutture, sia per ubicazione, raggiungibilità ed orari di apertura, sia per la presenza di barriere architettoniche. In questi casi l'URP è tenuto a coinvolgere e sensibilizzare i responsabili interessati ed i servizi tecnici, affinché vengano individuate soluzioni operative per migliorare l'accessibilità alle strutture.

Una iniziativa di particolare importanza, in tema accessibilità fisica ai servizi sanitari, è costituita dal Progetto regionale PASS, approvato con deliberazione GRT 666/2017 e supportato da un apposito sistema informativo (deliberazione GRT 401/2022).

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

#### **Le procedure da reingegnerizzare (processo di informatizzazione)**

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

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), previsti dalla Component 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" e con la recente approvazione della Delibera Regione Toscana N. 1508 del 19/12/2022 "La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77", si delinea una fase importante in cui l'azienda sarà chiamata a reingegnerizzare le procedure di **presa in carico e gestione dei pazienti cronici** e le procedure per la **transizione ospedale-territorio**, dalle cure ospedaliere alle cure intermedie; in tale ambito verranno sviluppate nuove procedure relative al nuovo tema della **telemedicina**.

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

Nell'ambito del **BUON USO DELLE RISORSE** inteso come economicità ed efficienza nella gestione delle risorse, l'Azienda ha come obiettivi principali la sostenibilità economica di concerto alla qualità delle cure. Pone quindi attenzione alla spesa farmaceutica e alla spesa per beni sanitari impegnandosi al **rispetto delle risorse economiche assegnate dalla Regione** ma allo stesso tempo lavorando per mantenere alta la sicurezza e la qualità delle prestazioni erogate coinvolgendo costantemente tutti i professionisti nel migliorare **l'appropriatezza nell'utilizzo di farmaci e dispositivi**.

**La distribuzione diretta** dei farmaci è uno dei canali di distribuzione che può portare dei vantaggi economici all'azienda migliorando anche il servizio reso ai cittadini. E' per questo motivo che, ormai da anni, l'Azienda si impegna nel migliorare questo servizio e in particolar modo nell'anno 2023 vuole

implementare la consegna dei farmaci direttamente nel reparto / ambulatorio negli ospedali che non hanno la possibilità di avere uno sportello della farmacia ospedaliera.

### **Efficientamento di tutti i servizi Core e No Core**

La sostenibilità economica dell'Azienda passa anche da una gestione efficiente di tutti i servizi appaltati, proprio per questo motivo l'Azienda punta al miglioramento del sistema di controllo e monitoraggio di tutti i servizi al fine di evidenziare le potenziali sacche di inefficacia ed inefficienza per poter attuare tutte le azioni correttive necessarie che possono portare ad un miglioramento del servizio erogato ma anche ad un risparmio economico.

## **Piano della Performance**

### **La pianificazione triennale**

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

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

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

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

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

Per misurare la capacità di ogni Azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del sistema regionale in cui è inserita, il Laboratorio Management e Sanità, costituito dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, in collaborazione con la Regione Toscana, ha progettato e implementato il Sistema di Valutazione della Performance (c.d. Bersaglio MeS).

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

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

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

## La programmazione annuale

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

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

Per il 2023 tali obiettivi non sono stati ancora formalizzati con Delibera della Giunta Regionale e l'Azienda ha quindi inserito nella propria programmazione annuale gli indirizzi precedentemente impartiti o comunicati in altri modi, impegnandosi ad integrarli con quanto sarà disposto dal nuovo atto deliberato.

## Dagli indirizzi regionali agli obiettivi aziendali: la performance organizzativa

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

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

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

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

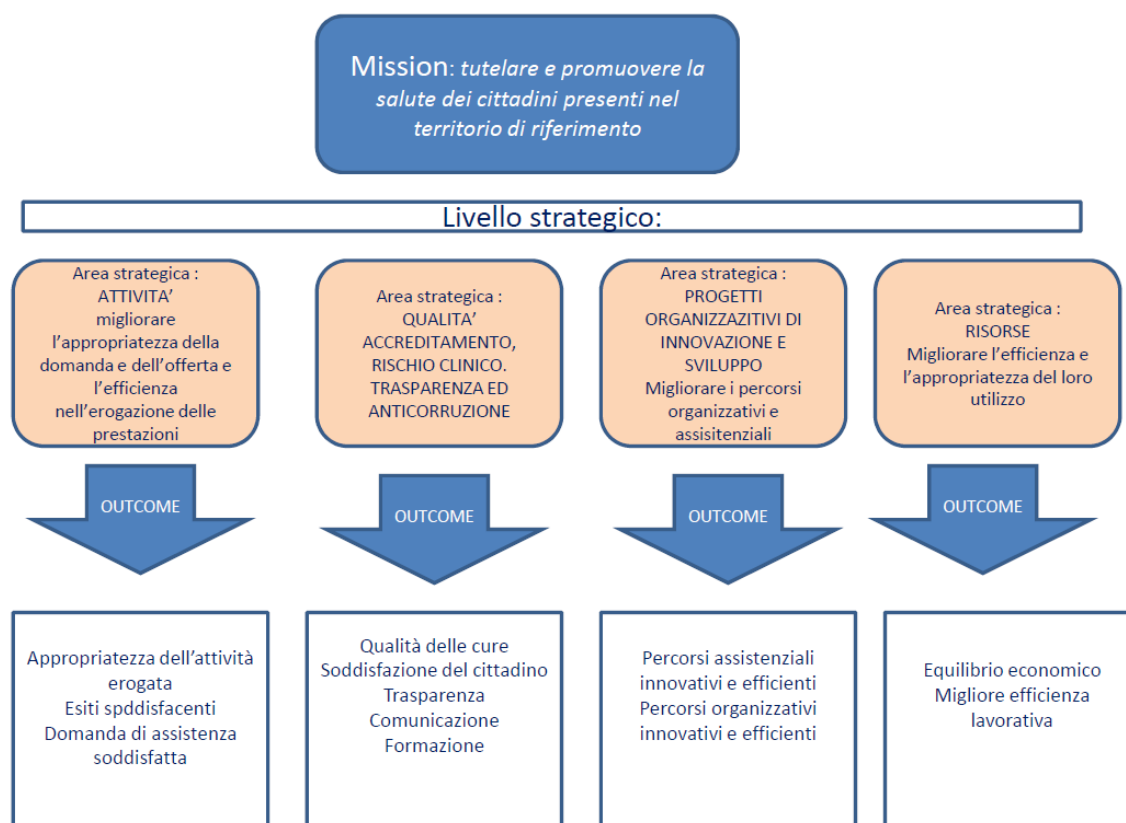
Al fine di rendere il processo di budget uno **strumento integrato e coerente per il governo dell'azienda** è opportuno quindi prevedere uno stretto collegamento tra la programmazione strategica e la programmazione operativa. E' in questa fase, ed in particolar modo nelle schede budget che gli obiettivi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

Attualmente nell'Azienda USL Toscana Sud Est ci sono **oltre 500 Centri di Responsabilità** con relative schede budget. Il dettaglio delle strutture, degli indicatori specifici e dei rispettivi target sono riportati nelle Schede Budget, consultabili tramite sezione dedicata sul sito internet aziendale



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

Il sistema di budget prevede l'articolazione delle schede da assegnare ai Centri di responsabilità secondo le **4 macro-aree strategiche**



L'organizzazione aziendale prevede le seguenti macro-strutture:

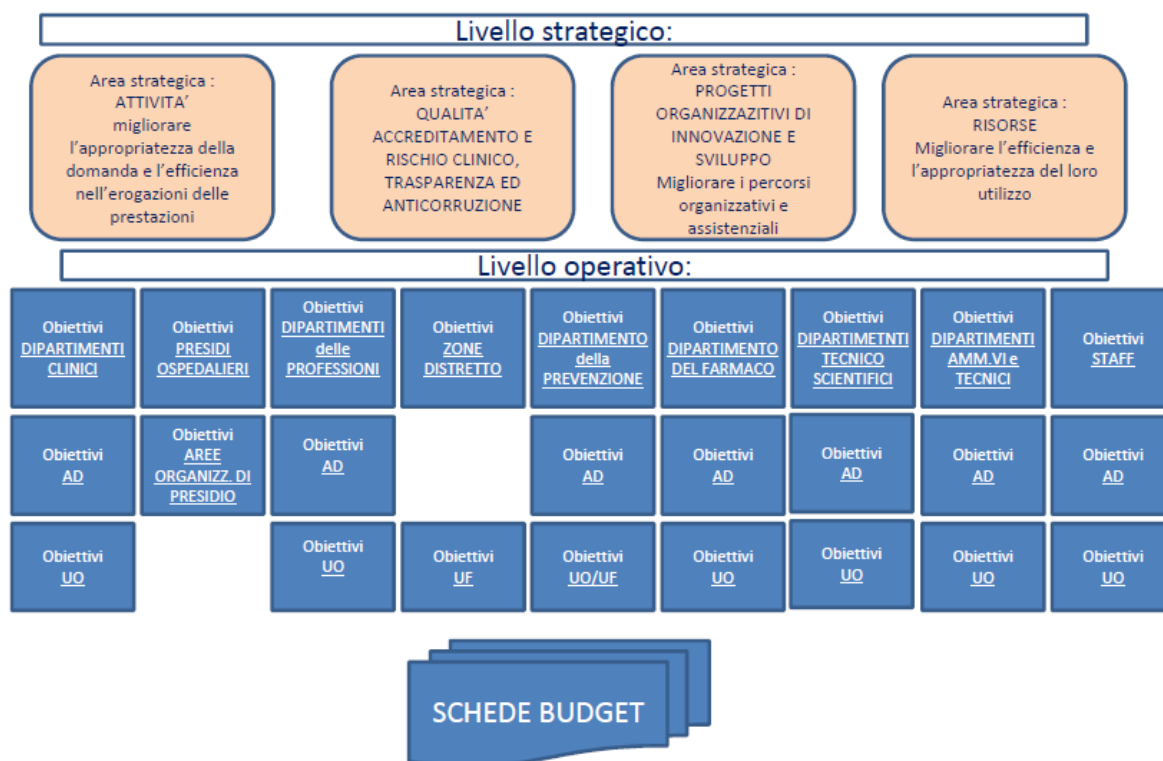
- Zone Distretto
- Presidi Ospedalieri
- Staff della Direzione Aziendale e Sanitaria
- Dipartimenti ospedalieri
- Dipartimenti di Coordinamento Tecnico Scientifico
- Dipartimenti delle professioni
- Dipartimento della Prevenzione
- Dipartimento del farmaco
- Dipartimento dell'Emergenza Urgenza
- Dipartimenti amministrativi e tecnico

definite come **Centri di Responsabilità (CdR) di 1° livello** e sono organizzate al loro interno in Aree Dipartimentali e AOP (Cdr di 2° livello), nonché in Unità Operative e Unità Funzionali, definiti Centri di Responsabilità di 3° livello.

Tutti i Centri di Responsabilità ai vari livelli sono titolari di scheda di budget e perciò inserite nel processo di valutazione dei risultati. L'andamento degli obiettivi di budget viene verificato a livello aziendale mediante:

- verifiche intermedie
- reportistica periodica trasmessa dal Controllo di Gestione

- **riunioni** a livello di struttura con gli operatori per la condivisione degli obiettivi, la verifica dell'andamento e la valutazione dei risultati finali



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

I criteri adottati per la valutazione dei singoli obiettivi/indicatori sono riportati nel documento denominato Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), pubblicato nel sito aziendale <https://www.uslsudest.toscana.it/amministrazione-trasparente/performance>

E' importante sottolineare come budget, programmazione e bilancio di previsione siano in diretta relazione, costituendo ognuno un diverso livello di aggregazione oppure un diverso ambito di osservazione, ma basati tutti sulle medesime linee strategiche aziendali. Le misure annuali di tali obiettivi sono formalizzate dall'azienda nell'ambito del **processo di budget** e vengono rendicontate annualmente nella **Relazione sulla Performance**, consultabile anch'essa sul sito aziendale (<https://www.uslsudest.toscana.it/amministrazione-trasparente/performance/relazione-sulla-performance>)

### Dagli indirizzi regionali agli obiettivi aziendali: la performance individuale

Costituisce principio generale dell'organizzazione la responsabilizzazione del personale tutto e della dirigenza in particolare rispetto ai risultati da raggiungere. Relativamente alla performance individuale l'azienda ha iniziato nel 2016, a seguito della unificazione nella attuale Ausl Toscana Sudest delle tre ex Asl 7,8 e 9 – Siena, Arezzo e Grosseto, il percorso di implementazione del Nuovo Sistema di Valutazione Unificato che andasse a tenere conto non solo delle disposizioni legislative nazionali in materia, ma anche di quanto delineato dalla Regione Toscana con le linee guida dettate dalla Delibera G.R. 308/2013

“Linee di indirizzo per l’implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale”, con l’intento di affiancare alla performance organizzativa anche la Valutazione Individuale ed al contempo fornire l’input per un allineamento dei sistemi di valutazione aziendali nell’ambito del SSR. Il percorso avviato in Azienda viene sviluppato in parallelo sia per l’area contrattuale della Dirigenza che del Comparto e vengono attivati anzitutto i tavoli di trattativa per la concertazione con le OO.SS. Quindi, delineati ed adottati i relativi regolamenti, è implementato il Nuovo Sistema di Valutazione dell’Ausl Toscana Sudest che attraverso una fase transitoria nel 2017, passa a regime nell’anno 2018 ed è ulteriormente migliorato nel 2019 con la gestione informatizzata della scheda di valutazione accompagnata da mirati corsi di formazione interna aziendale e con la distribuzione di opportune istruzioni operative per facilitare l’accesso e la gestione. Per ogni fase del processo viene ottemperato l’obbligo di pubblicazione sul sito aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente / Performance nei tempi e modi previsti dalle disposizioni normative, oltre alla pubblicazione di relativa informativa a tutti i diretti interessati sull’intranet aziendale e singola comunicazione tramite il canale della mail aziendale.

Nell’Azienda Usl Toscana Sud Est dal 2017 è stato adottato sia per l’Area della Dirigenza che per l’Area del Comparto **un unico sistema di valutazione della performance organizzative ed individuale** attraverso la sottoscrizione di specifici accordi che delineano il processo di valutazione e i criteri di valutazione collettiva ed individuale. L’Azienda utilizza un applicativo ad hoc denominato “Schede di Valutazione”. che permette di gestire il sistema di valutazione individuale mettendo a disposizione uno strumento di interfaccia tra valutato e valutatore. Per tutto il personale del comparto e dirigente è prevista l’assegnazione di obiettivi individuali, attraverso un’apposita scheda compilata dal valutatore (responsabile gestionale) entro il primo semestre.

L’assegnazione degli obiettivi tramite “Schede di Valutazione” riguarda tutti i dipendenti, del comparto e della dirigenza, ognuno secondo il livello di responsabilità attribuito e per i dirigenti responsabili o direttori titolari di una scheda di budget poichè, in questo caso, gli obiettivi individuali coincidono con quelli della struttura, la scheda di valutazione è semplificata andando di fatto ad individuare i soli comportamenti attesi.

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

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

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

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

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

Sia nel sistema di valutazione del comparto che nel sistema di valutazione della dirigenza è prevista una procedura a garanzia dei valutati qualora la valutazione finale sia negativa, ossia inferiore a 50/100,

può essere avviato il Contraddittorio su richiesta scritta del Valutato che inoltra domanda alla struttura aziendale competente che a sua volta la trasmette all'OIV. Quest'ultimo in sede di riesame ascolta il Valutato che potrà farsi assistere da persona di sua fiducia e presentare tutta la documentazione che ritiene opportuna. A conclusione del contraddittorio l'OIV può confermare la valutazione negativa o trasformarla in positiva con motivazione scritta.

Tutele a garanzia dei valutati sono previste anche qualora la valutazione finale sia positiva, ossia uguale o maggiore a 50/100, con la richiesta di Rilettura al proprio Valutatore ed in II istanza la richiesta di Riesame al Gerarchico Superiore. Istanze che prevedono il loro avvio sempre su richiesta del Valutato stesso.

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.

## Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza

### CONTESTO ESTERNO

Molte attività economiche di matrice criminale hanno sede in Toscana e sono molto ben radicate nel tessuto economico regionale; dal rapporto emerge inoltre, non solo una grande capacità di alterazione della libera concorrenza con ampio uso del metodo mafioso, ma anche una notevole capacità di infiltrazione in molte province.

Le altre realtà criminali di matrice mista sono altrettanto organizzate e votate ad attività illecite internazionali come il traffico di droga gestito per la maggioranza da albanesi (43%), a seguire cinesi (37%) e nigeriani (10%); la camorra presenta una organizzazione più pulviscolare ma ugualmente inserita nei vari settori economici e specializzata soprattutto nel riciclaggio del denaro nell'economia legale.

Dei 45 casi di proiezione emersi nel 2021 e analizzati nel rapporto emerge, inoltre, una certa flessione nell'ambito dell'economia legale, degli investimenti nel settore dei contratti pubblici a favore di una maggiore attenzione verso il settore privato e più precisamente quello immobiliare (24%), costruzione ed estrazione/cave (17%), rifiuti (13%) e appalti (11%). In relazione ai beni confiscati in Toscana il numero totale dei beni è 792 (Fonte ANBSC) che registra un +46% con un'importante crescita nelle province di Siena (+197%) e Grosseto (+178%). Di questi beni l'87% è costituito da immobili mentre il restante 13% da aziende, anche qui con un incremento del +44% per gli immobili e del +66% per le aziende. Su base regionale la provincia che risulta essere prima per numero di beni è Siena (15% totale in regione), seguita da Pistoia (14%), Arezzo (13%) e Grosseto (11%).

Per quello che riguarda l'aspetto dei fenomeni corruttivi nell'anno 2021 il rapporto individua diversi fattori di criticità legati alle fasi dell'emergenza sanitaria che come già detto ha avuto notevoli ripercussioni socio-economiche.

I fenomeni corruttivi sono stati, dunque, considerati ed esaminati nella loro evoluzione sulle base di tre indicatori:

1. Statistiche giudiziarie;
2. Lanci stampa dell'ANSA come raccolti e codificati secondo il progetto C.E.C.O.;
3. rassegna stampa regionale e fonti giudiziarie, laddove disponibili.

Quanto al primo punto, l'anno 2021 ha segnato una diminuzione delle iscrizioni di procedure per questi reati rispetto al 2020, da 3777 a 3659 (-3%), con, segnatamente, una diminuzione dei procedimenti per peculato (106 procedimenti, -39%, rispetto al 2020); un aumento dei procedimenti per concussione

(+17 procedimenti, +31%); un certo calo del numero dei procedimenti per corruzione (67 procedimenti, -4%). Tali dati collocano la Toscana all'11° posto su scala nazionale per reati contro la Pubblica Amministrazione, e dunque al di sotto della media nazionale registrata nello stesso anno. Il dato toscano è, altresì, al di sotto della media nazionale per quello che riguarda i reati di concussione e corruzione (rispettivamente 0,35 e 1,73 per 100mila ab.), ma non per il reato di peculato che vede la nostra Regione al 2° posto in Italia dopo il Molise.

Il rapporto ha poi esaminato uno spettro di 470 eventi di potenziale e presunta corruzione emersi su scala nazionale come valutati dal progetto C.E.C.O., dai quali emergono alcune linee di tendenza evolutiva dei fenomeni corruttivi in Toscana e, più precisamente:

**a.** Gli episodi di potenziale corruzione rilevati sono 39 (circa l'8% del totale nazionale, +134% rispetto al 2020). Sono quintuplicati gli episodi di corruzione generica (siamo passati dai 5 del 2020 ai 26 del 2021 per un 67% dei casi complessivi registrati in regione). I casi di concussione restano stabili ma si registra un incremento dei casi di turbativa d'asta con 6 casi nel 2021 (15% del totale, pari alla somma dei due anni precedenti)

**b.** Per quello che riguarda l'attività contrattuale pubblica si è verificato un aumento significativo di episodi (19 nel 2021 pari al 48% del totale dei casi, contro i 9 dell'anno precedente), con una incidenza maggiore nel settore degli appalti per opere pubbliche. Altri 6 casi si segnalano nelle verifiche (15% dei casi), 3 nella sanità (7,5% dei casi) e 3 nel governo del territorio (7,5% dei casi).

**c.** Nel 19% dei casi il 2021 in Toscana è stato dominato da attori privati (19 casi) in 9 dei quali sono presenti liberi professionisti (23%), mentre in 2 casi sono emerse presenze mafiose o criminali nei reticoli corruttivi (2,5%). Numerosi aspetti dello studio evidenziano perciò un deciso slittamento delle negoziazioni degli scambi occulti a favore di attori privati, professionisti e imprenditori;

**d.** I casi di attori politici coinvolti in eventi di potenziale corruzione sono stati 22 nel 2021 (circa il 56% dei casi), contro i 6 del 2020. Funzionari e dipendenti pubblici sono stati con maggiore frequenza coinvolti negli episodi con un totale di 31 casi che, sommati ai manager pubblici e altri soggetti nominati in enti pubblici arrivano all'80%. Un 12,8% dei casi vede un coinvolgimento dei medici del SSN, un 10,2% dei docenti universitari e un 7,7% dei magistrati.

L'analisi di tutti i dati emersi dalle statistiche giudiziarie e dalle fonti di informazione ha permesso di tracciare un quadro di corruzione sistemica pari al 29,4% in quanto caratterizzata da un numero ampio di attori coinvolti e un alto tasso di radicamento.

La corruzione "consuetudinaria" (cioè regolarmente praticata entro gli ambiti politico-amministrativi più ristretti, che consentono attraverso la reiterazione dei contratti lo stabilirsi di durature relazioni fiduciarie) equivale a un 48,5%. Il settore degli appalti, resta tra le aree più sensibili al rischio corruzione stante i dati degli ultimi 6 anni con 30 casi pari al 40%. La materia dei controlli si attesta a 11 casi, le concessioni a 6, la sicurezza a 5 e i concorsi pubblici a 4 casi.

Per quello che riguarda la distribuzione dei casi nelle province toscane il primato spetta a Firenze con 28 totali, seguono Arezzo con 2 casi e Pisa con 3, mentre le altre ospitano di media 5-8 casi nei 6 anni presi in considerazione dallo studio.

In sostanza la corruzione in Toscana si conferma come un reticolo molto fitto di relazioni in grado di creare un sistema e di coinvolgere numerosi soggetti; in tale assetto gli attori pubblici (solitamente figure tecniche, dirigenti, componenti delle commissioni aggiudicatrici etc) si ritagliano un ruolo di "non interferenza" o protezione del fenomeno corruttivo o ancora di trasmissione di informazioni riservate o confidenziali.

Il ruolo dei privati negli eventi corruttivi prende corpo soprattutto con le figure professionali caratterizzate da competenze tecniche che spaziano dall'ambito giuridico-notarile, al contabile-

finanziario, all' ingegneristico-architettonico, etc, e occupano spesso ruoli cruciali nella realizzazione degli scambi occulti.

## CONTESTO INTERNO

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

In un contesto operativo così complesso e difficile l'azienda sanitaria si è impegnata, attraverso un monitoraggio dei più importanti processi che la vedono coinvolta, a contrastare fenomeni clientelari – soprattutto in capo a dirigenti e funzionari – in grado di manifestarsi con scambi di favori, contropartite e retribuzioni indebite, che inquinano profondamente il regime concorrenziale minando la trasparenza nelle aggiudicazioni delle gare d'appalto, modalità, come già evidenziato, tradizionalmente preferita dalle organizzazioni criminali.

Inoltre, l'Azienda Usl Toscana sud est ha sviluppato una discussione partecipata intorno alla prevenzione degli aspetti più problematici emersi e per la realizzazione di modelli comuni e buone prassi idonei a contrastare le molteplici insidie e, più precisamente, realizzando:

- Una mappatura dei processi più rischiosi in termini corruttivi, adottando modelli omogenei di lavoro per l'emersione del rischio;
- Costante formazione aziendale;
- Elaborazione e diffusione di un codice di comportamento dei dipendenti volto a diffondere buone prassi e, recentissimamente, aggiornato con una sezione dedicata e all'uso di internet e dei social network.

Inoltre, al fine di valutare l'impatto del contesto interno per evidenziare se la struttura organizzativa dell'azienda possa influenzare l'esposizione al rischio corruttivo della stessa, in relazione alle iniziative inerenti l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), l'Azienda USL Toscana sud est non procederà in maniera autonoma ad effettuare le relative gare di appalto, ma si limiterà ad aderire agli accordi quadro che saranno stipulati dall'agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa s.p.a. - Invitalia per l'attuazione degli interventi di competenza ricadenti nella missione m6 – salute del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), cofinanziata dal piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC).

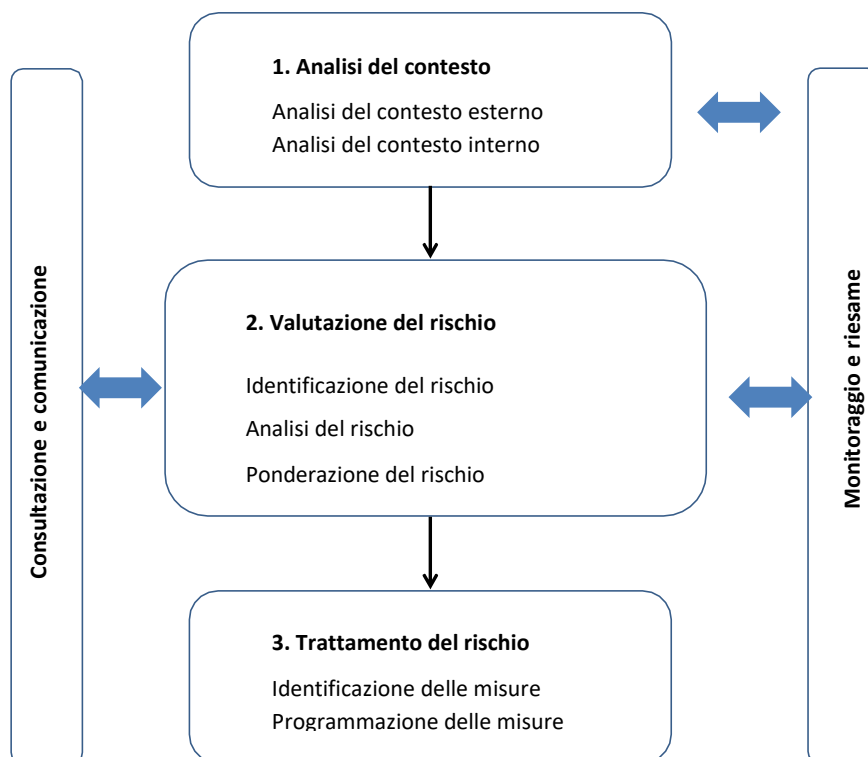
L'adesione agli accordi quadro è stata disposta con deliberazioni n° 899, 901 e 902 del 30 giugno 2022, rispettivamente per le aree provinciali di Grosseto, Arezzo e Siena.

Allo stesso tempo, come meglio specificato di seguito, la gestione dei contratti per beni e servizi è funzione propria dell'Ente di supporto tecnico amministrativo della Regione (ESTAR) che assicurano il processo per conto delle Aziende Sanitarie.

Quanto sopra espresso assume particolare rilevanza, in considerazione del fatto che, come evidenziato nel paragrafo relativo al contesto esterno, il settore degli appalti, resta tra le aree più sensibili al rischio corruzione.

## La gestione del rischio

La gestione del rischio di corruzione è un processo complesso che comprende l'insieme di attività, verifiche, procedimenti e controlli etc. posti in essere da vari soggetti aziendali coinvolti nel sistema di prevenzione che, in coerenza con le indicazioni metodologiche di cui all'allegato 1 del PNA 2019, si articola nelle seguenti fasi:



L'obiettivo del processo è quello di favorire, attraverso misure organizzative sostenibili il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire eventuali eventi corruttivi.

Nonostante che l'Azienda abbia negli scorsi anni proceduto ad una mappatura dei processi costante e capillare, tanto che, fino allo scorso anno, la mappatura di almeno due processi aveva costituito obiettivo di budget aziendale, dallo scorso anno, il Responsabile della prevenzione della corruzione ha deciso di effettuare un focus su un gruppo di processi selezionati.

Nel 2022 i processi "attenzionati" erano stati 60, estrapolati dal numero dei circa 1500 processi censiti dalla data di costituzione dell'Azienda, ai quali, per la prima volta, era stata applicata una metodologia della gestione del rischio, dettagliatamente descritta nella "Procedura per la gestione del rischio corruzione" (allegato n°2) e i cui esiti inerenti il monitoraggio sono descritti nell'omonimo paragrafo successivo.

Per l'anno 2023, il RPC ha provveduto a selezionare **n° 49 processi**, individuati in condivisione con i Direttori di struttura e/macrostruttura interessati con i quali sono state effettuate specifiche riunioni nel mese di novembre 2022 al fine di censire i processi ritenuti più significativi in considerazione di una potenziale esposizione a rischi corruttivi, sia perché afferenti alle Aree di rischio individuate da ANAC, sia perché trattasi di processi in cui sono gestite risorse finanziarie o processi connotati da un certo livello di discrezionalità o con notevole impatto socio economico, compresi numerosi processi afferenti al Dipartimento Tecnico, nonostante che, come sopra meglio specificato, le gare correlate al PNRR sono stipulate dall'agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa s.p.a. - Invitalia.

Con i Dirigenti coinvolti, il RPC ha condiviso la strategia di procedere ad una nuova mappatura dei processi selezionati, compresa la somministrazione della scheda di gestione del rischio, dettagliatamente descritta nell'allegata "Procedura per la gestione del rischio di corruzione" (allegato n° 2) e dalla quale dovrebbero emergere le misure individuate per la mitigazione del rischio e di cui verrà dato conto del relativo monitoraggio il prossimo anno.

I processi mappati afferiscono alle principali aree di rischio individuate da ANAC rispetto alle quali di seguito vengono citati alcuni recenti provvedimenti adottati dall'Azienda nell'intento di standardizzare quanto più possibile l'attività, rendendo potenzialmente meno rilevante il rischio corruttivo.

**Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico e con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni):**

Le attività in oggetto riguardano trasversalmente vari settori dell'Azienda Sanitaria e principalmente le Zone Distretto per quanto riguarda l'erogazione di contributi, sussidi etc.

I processi selezionati per questo settore sono **10**, tutti relativi a provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

**Contratti pubblici (ex Affidamento di lavori, servizi e forniture):**

La gestione dei contratti per beni e servizi delle Aziende Sanitarie è funzione propria dell'Ente di supporto tecnico amministrativo della Regione (ESTAR).

Tuttavia, l'Azienda gestisce direttamente i contratti per i lavori attribuiti alla competenza del Dipartimento Tecnico, nonché i contratti per beni e servizi sottosoglia, attribuiti alla UOC Acquisizione diretta forniture beni e servizi.

Con la recente deliberazione n° 1282 del 4 ottobre 2022, l'Azienda ha adottato un Regolamento per l'istituzione di un elenco di operatori economici per l'affidamento di servizi di architettura e ingegneria di importo inferiore alla soglia di € 100.000.

Sul versante beni e servizi, con deliberazione n° 1482 del 24 dicembre 2020 è stato adottato il Regolamento dell'attività contrattuale aziendale per l'acquisizione di forniture e servizi entro la soglia di € 40.000.

Per la rilevanza della tematica, i processi esaminati sono **7**.

**Acquisizione e gestione del Personale (ex Acquisizione e progressione del personale):**

I processi relativi all'acquisizione e gestione delle risorse umane afferiscono alla competenza del Dipartimento Risorse Umane, che garantisce le relative attività, dal reclutamento e politiche del personale dipendente, valutazione e valorizzazione, libera professione prestazioni extra impiego, gestione specialisti ambulatoriali contratti libero professionali, borse di studio, alla gestione previdenziale.



I processi selezionati sono **3**.

#### **Gestione delle entrate, delle spese/bilancio e del patrimonio:**

I processi relativi alla gestione delle entrate, delle spese/bilancio afferiscono al Dipartimento economico finanziario, mentre la gestione del Patrimonio rientra nella competenza del Dipartimento Tecnico.

Con deliberazione n° 1381 del 18 ottobre 2021 è stato approvato il Regolamento aziendale per la gestione del servizio di cassa economale.

I processi selezionati sono **7**.

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

Le attività di controllo, verifica, ispezione e sanzioni sono di carattere trasversale e possono afferire alle competenze di più macrostrutture, con particolare riferimento alle attività del Dipartimento di Prevenzione.

I processi selezionati sono **7**.

#### **Incarichi e nomine:**

Il processo afferisce in gran parte alla competenza del Dipartimento Risorse Umane cui spettano le competenze in merito alla programmazione delle risorse sulla base delle necessità organizzative ma, in senso lato, incarichi possono essere conferiti anche da altre strutture aziendali.

Per quanto riguarda gli incarichi di Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria e Direzione dei Servizi Sociali, nonché per gli incarichi di direzione di Zona Distretto, nell'attuale assetto organizzativo dell'Azienda, la competenza in merito al conferimento spetta alla UOC Programmazione strategica.

Le dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, laddove obbligatorie, vengono acquisite e gestite dalla struttura che conferisce l'incarico.

Con deliberazione n° 1629 del 27 dicembre 2022, l'Azienda ha adottato un Regolamento per la gestione del conflitto di interessi che tratta specificamente anche di inconferibilità/incompatibilità, come meglio specificato nel paragrafo dedicato.

I processi osservati quest'anno in materia sono **2**.

#### **Affari legali e contenzioso:**

L'attività riconducibile a quest'area di rischio afferisce allo Staff della Direzione Aziendale e, più specificamente, all'Area Dipartimentale Affari Legali che comprende la UOC Avvocatura, la UOC Contenzioso stragiudiziale e la UOC Affari Legali.

Al fine di rendere l'attività quanto più possibile trasparente, con atto deliberativo n° 812 del 18 giugno 2021 è stato costituito un elenco di avvocati libero – professionisti per l'affidamento di incarichi di rappresentanza in giudizio, assistenza in procedimenti di mediazione ed attività di consulenza legale.

Di recente approvazione, la deliberazione n° 7 del 10 gennaio 2023 relativa a revisione e aggiornamento del Regolamento per la gestione diretta dei sinistri per il funzionamento del Comitato Gestione Sinistri.

I restanti processi esaminati afferiscono alle aree specifiche individuate per Aziende ed Enti del servizio sanitario:

#### **Attività libero professionale:**

Le attività di quest'area di rischio sono assicurate, da un punto di vista amministrativo, dal Dipartimento Risorse Umane, nell'ambito del quale è costituita una specifica UOSD Libera Professione.

In considerazione della peculiarità della materia, l'Azienda ha adottato un Regolamento per l'esercizio della Libera professione intramoenia – parte giuridica, approvato con deliberazione n° 1243 del 22 novembre 2018.

**3** sono i processi esaminati quest'anno per questo specifico settore.

**Liste di attesa:**

In funzione della particolare attenzione dedicata alle “liste di attesa” da parte dei cittadini utenti, l’Azienda ha dedicato alla relativa gestione una specifica struttura, la UOC Governo appropriatezza delle risposte sanitarie e tempo di attesa collocata nello Staff della Direzione Sanitaria.

I processi selezionati per la nuova mappatura sono **2**.

**Rapporti contrattuali con soggetti erogatori:**

L’attività, è assicurata dalla UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari collocata nel Dipartimento Affari Generali.

In considerazione della rilevanza della materia, l’Azienda, inoltre, con deliberazione n° 480 del 17 aprile 2019 ha istituito il Nucleo Operativo Controlli Sanitari (N.O.C.S.) cui è demandato lo svolgimento delle attività di verifica, monitoraggio e controllo sanitario sulla qualità e appropriatezza, clinica ed organizzativa, delle prestazioni rese direttamente dalle proprie strutture e da strutture private accreditate convenzionate, al fine di assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti.

Con deliberazione n° 923 del 6 luglio 2022 è stata inoltre adottata la prima revisione al Regolamento di organizzazione e funzionamento delle attività di controllo sulle strutture pubbliche di pertinenza, le strutture private accreditate convenzionate e Aziende termali convenzionate.

Per la rilevanza dell’area sopracitata, è stato deciso di mappare **2** processi in materia.

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

Le attività inerenti quest’area afferiscono principalmente alle competenze del Dipartimento del Farmaco

Con deliberazione n° 1655 del 27 dicembre 2022, l’Azienda ha provveduto a modificare ed integrare il Regolamento relativo alle attività di sperimentazione e conduzione di studi.

Per la rilevanza del processo in oggetto, sono stati mappati **4** processi dell’area.

**Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero:**

Sono numerose le strutture aziendali coinvolte nella gestione delle attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

In tal proposito, la Direzione Aziendale, nel corso dell’anno 2022, ha predisposto la costituzione di un gruppo di lavoro il cui obiettivo è la revisione della regolamentazione per definire le modalità di gestione delle camere ardenti, individuando i rapporti tra i vari attori coinvolti (Azienda sanitaria, Comuni ed Enti del terzo settore).

Il Regolamento provvederà ad aggiornare le modalità di ingresso delle ditte di onoranze funebri nelle strutture aziendali, nonché le Convenzioni con i Comuni.

Per la rilevanza del processo in oggetto, sono stati mappati **2** processi dell’area.

L’elenco dei processi mappati costituisce l’allegato n° 3 da cui si evincono le misure specifiche individuate per ciascun processo in considerazione della relativa valutazione del rischio inerente e del rischio residuo, le fasi (e/o modalità di attuazione), i tempi necessari per l’attuazione, nonché informazioni circa il relativo monitoraggio.

L’allegato costituisce soltanto un estratto del più articolato strumento sottoposto a ciascun Responsabile di struttura per effettuare la mappatura, i cui contenuti integrali sono agli atti della struttura di supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Per quanto concerne la parte inerente la gestione del rischio propriamente detta, nella “scheda di gestione del rischio” che costituisce l’allegato alla citata “Procedura per la gestione del rischio

corruzione” (allegato n°2) è possibile consultare tutte le domande somministrate, comprese quelle correlate all’analisi dei fattori abilitanti.

## Monitoraggio sull’idoneità e sull’attuazione delle misure

A fine anno 2022, l’Azienda ha proceduto a verificare l’attuazione delle misure di trattamento del rischio individuate in occasione della redazione della sezione anticorruzione del PIAO approvato con deliberazione n° 608 del 29 aprile 2022.

Come accennato nel paragrafo precedente, in concomitanza con la redazione del documento sopracitato, il RPC, rispetto al cospicuo numero di processi mappati nel corso degli anni dalla costituzione dell’Azienda USL Toscana sud est, aveva effettuato la scelta di selezionare 60 processi ritenuti maggiormente significativi afferenti alle aree di rischio individuate da ANAC.

La selezione dei processi era avvenuta anche a seguito di incontri ed audit con le strutture interessate ed in funzione delle attività più impattanti che si prospettavano alla luce degli adempimenti legati all’attuazione del PNRR.

I 60 processi erano stati trattati secondo la metodologia di gestione del rischio descritta nel precedente paragrafo con l’unica variante - rispetto alla metodologia di cui alla “Procedura per la gestione del rischio di corruzione” (allegato n°2) – che prevedeva l’individuazione di una soglia di sbarramento in base alla quale soltanto i processi che avessero ottenuto un punteggio medio di rischio residuo “adeguato”, “parzialmente adeguato” o “non adeguato/assente”, avrebbero dovuto subire un ulteriore trattamento del rischio rispetto alle misure già esistenti e individuate nel corso degli anni precedenti.

Dall’analisi dei 60 processi selezionati, era emerso che:

a. n° 49 processi avevano presentato una valutazione media di rischio residuo pari a “prevalentemente adeguato” o “molto adeguato”, per cui, in coerenza con le indicazioni metodologiche del PNA ANAC 2019, al fine di effettuare una reale azione di ponderazione del rischio, non si era provveduto ad individuare ulteriori misure per il trattamento del rischio rispetto a quelle a suo tempo individuate;

b. n° 11 processi avevano presentato una valutazione media di rischio residuo pari a:

- “adeguato” n°7 processi
- “parzialmente adeguato” n°3 processi
- “non adeguato/assente” n°1 processo

Pertanto, per questi 11 processi, la metodologia individuata lo scorso anno aveva reso obbligatoria la compilazione della “scheda di rischio” ai fini della programmazione di ulteriori misure per il trattamento del rischio.

La distribuzione per aree di rischio e misure individuate degli 11 processi così selezionati era pertanto la seguente:

- n°7 processi risultavano afferenti all’area di rischio “Contratti pubblici”:
  - a) per n° 5 di questi è stata individuata un’unica misura di “controllo”
  - b) per n° 1 processo è stata individuata una misura di “rotazione”
  - c) per n° 1 processo sono state individuate n° 2 misure, di “controllo” e di “formazione”

n°1 processo risultava afferente all'area "Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie - Ricerca Sperimentazioni cliniche Sponsorizzazioni" per il quale è stata individuata una misura di "sensibilizzazione/partecipazione"

- n°1 processo risultava afferente all'area "Attività libero professionale e liste d'attesa", per il quale è stata individuata una misura di "controllo"

- n°1 processo risultava afferente all'area "Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero" per il quale è stata individuata una misura di "definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento"

d) n°1 processo è stato categorizzato come "altro" (si trattava del processo di autorizzazione delle docenze tecnico sanitarie in convenzione con l'Azienda) per il quale sono state individuate n° 2 misure, di "regolamentazione" e di "formazione"

In coerenza con le indicazioni metodologiche di ANAC che prevedono che il RPC possa avvalersi delle strutture di vigilanza ed audit interno per attuare un sistema di monitoraggio del PTPCT per realizzare le attività di verifica sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio, era stato richiesto a ciascun Dirigente responsabile del processo di individuare la cadenza di trasmissione degli esiti del monitoraggio all'Internal Audit (le opzioni erano: trimestrale/semestrale/annuale), dopo aver individuato:

- i contenuti della misura
- le fasi con cui la misura sarebbe stata attuata al fine di incidere sui fattori abilitanti
- i tempi di realizzazione della misura
- gli indicatori di monitoraggio della misura
- il target del monitoraggio
- Il Responsabile dell'attuazione della misura

Al fine di effettuare un monitoraggio a circa nove mesi di distanza, entro la data del 31 dicembre 2022, il Responsabile della prevenzione della corruzione, ha provveduto ad acquisire le attestazioni della struttura di Internal Audit che confermano che i titolari degli 11 processi individuati hanno trasmesso nei termini previsti la documentazione utile e hanno quindi rendicontato l'attuazione delle misure sopra indicate.

In occasione della stesura della prossima sezione anticorruzione del PIAO, l'RPC darà conto del monitoraggio relativo ai processi selezionati a fine anno 2022.

## **Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio**

### **Le misure generali**

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

## Il codice di comportamento

All'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n° 165 viene inserito il comma 1 bis, introdotto dall'art. 4 comma 1 lettera a) del decreto legge 30 aprile 2022, convertito con modificazioni dalla legge 29 giugno 2022 n° 79 che prevede l'inserimento nel Codice di una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione.

Il comma 2 del decreto legge sopra citato prevede inoltre che il codice sia aggiornato entro il 31 dicembre 2022.

A tal fine, l'Azienda ha proceduto ad integrare il Codice di comportamento approvato con deliberazione n° 893 del 11 agosto 2020.

La bozza del Codice di comportamento rivista alla luce delle novità normative sopra indicate è stata pubblicata sul sito aziendale affinché fosse sottoposto a procedura aperta di partecipazione per raccogliere suggerimenti ed osservazioni che consentano di addivenire ad un documento definitivo condiviso con dipendenti, sindacati, gruppi, comitati, associazioni, rappresentanze delle categorie produttive e con chiunque intenda fornire suggerimenti ed osservazioni e solo successivamente verrà approvato il testo definitivo.

Con deliberazione n° 1627 del 27 dicembre 2022 è stato approvato l'aggiornamento del Codice di comportamento, previo parere positivo espresso dall'Organismo indipendente di valutazione e successivamente alla conclusione del termine di quindici giorni deputati al ricevimento di suggerimenti e/o osservazioni. La suddetta procedura aperta di partecipazione non ha esitato alcun contributo.

Per l'anno 2023 l'Azienda si pone l'obiettivo di dare la più ampia diffusione e di presidiare in merito allo stato di applicazione del Codice stesso e all'attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta applicazione del documento, avendo previsto lo svolgimento di un ciclo formativo obbligatorio, sia a seguito di assunzione, sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale.

## Misure di disciplina del conflitto di interesse

Riguardo al conflitto di interessi, nel 2022, il RPC ha agito in due direzioni:

**a)** ha posto come obiettivo di budget trasversale a tutte le strutture aziendali l'obiettivo codice "AZ\_B4\_013 - Compilazione report sul conflitto di interesse del personale afferente la struttura" al fine di sensibilizzare tutti i centri di responsabilità aziendali in merito alla rilevanza della tematica in oggetto e come occasione di riflessione circa il ruolo che ciascun Dirigente di struttura deve assumere nella valutazione di potenziali situazioni di conflitto di interessi che possano presentarsi;

**b)** ha partecipato al Coordinamento Regionale dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende sanitarie toscane, costituito con la delibera di Giunta regionale n°1069 del 2 novembre 2016, nell'ambito del quale è stato specificamente istituito un Gruppo di Lavoro per trattare l'argomento del conflitto di interessi ed elaborare un Regolamento condiviso, il cui documento finale è stato recepito dallo stesso Coordinamento Regionale in data 16 settembre 2022 e da Regione Toscana con comunicazione prot. n° AOOGR 0490976 del 19 dicembre 2022.

A seguito del coinvolgimento di tutte le strutture interessate, con deliberazione n° 1629 del 27 dicembre 2022, è stato approvato in via sperimentale per sei mesi, il Regolamento relativo alla gestione

del conflitto di interessi con lo scopo di definire i criteri e le modalità per una corretta prevenzione, rilevazione e gestione delle possibili situazioni di conflitto di interessi, in conformità alla normativa vigente e alle linee guida ANAC.

Il Regolamento si applica a tutti i dipendenti dell'Azienda, sia dirigenti che personale di comparto, con contratto di lavoro a tempo indeterminato, determinato, a tempo parziale nonché a tutti coloro che a qualunque titolo prestano servizio alle dipendenze dell'Azienda, anche in posizione di comando e distacco e tratta tutte le casistiche di conflitto di interessi applicabili alle Aziende sanitarie.

Il Regolamento consta di n° 18 allegati che costituiscono la modulistica di riferimento per la presentazione delle dichiarazioni obbligatorie ai sensi di legge in materia.

Per l'anno 2023 l'Azienda si pone l'obiettivo di dare la più ampia diffusione nonché piena attuazione al Regolamento sopracitato e di effettuare una ulteriore formalizzazione a seguito della conclusione del periodo di sperimentazione durante il quale sarà possibile recepire osservazioni ed istanze da cittadini e stakeholder.

### **Inconferibilità / incompatibilità di incarichi**

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

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

Nel corso dell'anno 2022, l'Azienda ha provveduto ad acquisire per gli incarichi di Direzione (ad eccezione che per il Direttore Generale per il quale provvede Regione Toscana) le relative dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità annuali.

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

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

A seguito di condivisione effettuata nel corso del 2021, con il Coordinamento regionale dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende sanitarie toscane, nell'ambito del quale si è giunti ad un'interpretazione condivisa delle recenti deliberazioni di ANAC in merito

all'applicabilità del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39, si è provveduto ad adottare il Regolamento relativo alla gestione del conflitto di interessi, approvato con deliberazione n° 1629 del 27 dicembre 2022, citato nel precedente paragrafo.

Il Regolamento, al Capo IV disciplina specificamente “Le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi”, approntando la relativa modulistica in merito.

Anche per questo specifico settore, per l'anno 2023 l'Azienda si pone l'obiettivo di dare la più ampia diffusione nonché piena attuazione al Regolamento sopracitato e di effettuare una ulteriore formalizzazione a seguito della conclusione del periodo di sperimentazione durante il quale sarà possibile recepire osservazioni ed istanze da cittadini e stakeholder.

## Gli incarichi extraistituzionali

La Legge 6 novembre 2012 n° 190 è intervenuta a modificare il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n° 165 e indirettamente il Regolamento che disciplina la materia del conferimento e autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali è stato adottato con delibera aziendale n. 739 del 29 agosto 2017.

Per l'annualità 2022 la materia degli incarichi extra-istituzionali ha rappresentato uno tra gli obiettivi di formazione specifica di II° livello. Previste da PAF 2022 sono state pertanto organizzate e svolte n. 3 edizioni territoriali (Siena, Arezzo, Grosseto) che hanno coinvolto complessivamente circa 300 partecipanti, tra dipendenti e specialisti convenzionati.

A conferma dell'elevata sensibilizzazione e della sostanziosa partecipazione raggiunta, RPC e Direttore della UOC Gestione giuridica del personale dipendente e convenzioni uniche hanno valutato di riproporre anche per il 2023 lo stesso calendario formativo.

E' stato inoltre previsto un incontro informativo con le Organizzazioni sindacali da tenersi nel mese di gennaio 2023, per favorire l'approfondimento sia della parte normativa/regolamentare che di casi pratici ed esperienziali.

Durante tutta l'annualità è continuata l'attività di consulenza e supporto fornita dall'Ufficio per la “Gestione Incarichi Extra Istituzionali” sia al personale del comparto che all'area dirigenza, al fine anche di permettere la presentazione di istanze conformi alla normativa in materia di attività extraistituzionali e di conseguenza al relativo regolamento aziendale di riferimento. Questa modalità consente di aumentare la capacità di valutazione e di vigilanza dei dirigenti/responsabili chiamati sia a vigilare sugli incarichi extra istituzionali dei propri collaboratori sia ad esprimere un preventivo parere alle richieste di svolgimento di incarichi/attività extraistituzionali.

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

Anche per l'anno 2022 non sono risultati casi di violazione del Regolamento di riferimento

Negli ultimi sei mesi, sono state rilasciate in Azienda 1100 autorizzazioni. Nel secondo semestre si stima che siano state rilasciate in Azienda circa 1000 autorizzazioni.

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

Per l'anno 2023, l'Azienda si propone il seguente obiettivo: approvazione del nuovo schema di regolamento già predisposto.

### **Divieti post-employment (pantouflage)**

Il Piano nazionale anticorruzione approvato da ANAC il 6 dicembre 2022 ha dato particolare evidenza al "Divieto di pantouflage", già previsto all'art. 53, co. 16-ter, d.lgs. n. 165/2001.

In particolare, sono state previste le possibili misure da inserire nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO ed è stato proposto un modello operativo per la verifica di eventuali violazioni improntato a criteri di gradualità e sostenibilità delle misure.

Per quanto concerne le MISURE, l'Azienda conferma quanto già attuato negli anni scorsi:

- 1) inserimento clausola "pantouflage" nei contratti di assunzione e di conferimento incarichi di tutto il personale, assunto sia a tempo indeterminato che a tempo determinato a cura delle strutture del Dipartimento Risorse Umane;
- 2) Inserimento clausola "pantouflage" nei contratti di appalto di lavori a cura delle strutture del Dipartimento Tecnico;
- 3) Inserimento clausola "pantouflage" nella informativa da sottoscrivere al momento della cessazione dell'incarico, prevista sia per i casi di collocamento a riposo, sia per dipendenti che cessano per altre cause a cura delle strutture del Dipartimento Risorse Umane.

Per quanto riguarda il MODELLO OPERATIVO relativo alla verifica sul divieto di pantouflage:

il Responsabile della prevenzione della corruzione è chiamato a verificare la corretta attuazione delle misure, anche attraverso attività volte ad acquisire informazioni utili in merito al rispetto del divieto di pantouflage.

A tal fine, il RPC può avvalersi della collaborazione degli uffici competenti dell'Amministrazione, come ad esempio le strutture afferenti al Dipartimento Risorse Umane per lo svolgimento dei propri compiti.

A tal proposito, l'Azienda USL Toscana sud est nell'anno 2023, in attesa che ANAC produca un Regolamento in materia, provvederà ad elaborare una procedura concordata tra il Responsabile della prevenzione della corruzione e il Dipartimento Risorse Umane che tenga conto della maggior rilevanza attribuita dalla normativa vigente a questa specifica misura.

### **La formazione**

Sono stati raggiunti gli obiettivi programmati nel precedente PTPCT/PIAO sez. "Rischi corruttivi" 2022-24.



Nel 2022 si sono regolarmente svolti i seguenti eventi formativi:

- FAD ASINCRONA "Prevenzione della corruzione e codice di comportamento: lo specifico ambito sanitario" distinta in due livelli: corso "base" ed "avanzato".

L'organizzazione ed i contenuti delle stesse costituiscono il frutto del lavoro condiviso in seno al Coordinamento regionale degli RPCT (CRRRA), a cui la nostra stessa Azienda ha partecipato in qualità di co-autore.

- FAD SINCRONA (Webinair) "Codice di condotta aziendale – Focus sui social media network aziendali"

- Corsi in presenza (n. edizioni 3+3) svolti nelle sedi territoriali di Arezzo, Siena, Grosseto:

- o "Codice Etico e Codice di Condotta Aziendale: dai valori ai comportamenti"

- o "Codice di condotta aziendale - Focus su principi e gestione dell'attività extra-impiego: limiti ed opportunità"

I corsi in oggetto sono stati introdotti e coordinati dal RPC prevedendo l'intervento, in qualità di docenti, di personale aziendale di comprovata esperienza e competenza negli argomenti trattati.

Si ricordano inoltre i corsi on line "Pillole sul codice di comportamento aziendale" destinati al personale neo-assunto (calendario bi-mensile), e la somministrazione di corsi FAD per segretari/e e membri di commissioni di gara/selezione del personale tramite il Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria (Formas).

Il livello di partecipazione particolarmente elevato ha inteso recepire l'obiettivo di budget inserito per il primo anno dalla direzione aziendale: "AZ\_B3\_083 Formazione su Anticorruzione. % personale afferente la struttura in possesso di attestato di formazione valido (validità attestato 4 anni) - Target 80% - Peso 0,5".

L'obiettivo in questione ha lo scopo di garantire sensibilizzazione ed aggiornamento continui per tutto il personale operante in azienda (dipendenti e collaboratori).

SVILUPPO ANNO 2023:

RPC e Direzione aziendale hanno ritenuto confermare il calendario 2022 sia per le FAD asincrone che per i corsi in presenza, anche alla luce dell'adozione del nuovo Codice di comportamento aziendale ai sensi del DL 36/2022 (art. 4 "Aggiornamento dei codici di comportamento e formazione in tema di etica pubblica").

## La rotazione ordinaria

Come programmato nel PIAO 2022-24, nel corso dell'annualità 2022 il Coordinamento regionale dei responsabili anticorruzione - CRRRA (costituitosi con DGR n.1069/2016) ha prodotto un documento di indirizzo ed orientamento in materia di Rotazione ordinaria e straordinaria, formalizzato da Regione Toscana con nota protocollo n. 0184778 del 5 maggio 2022, in qualità di "suggerimenti" alle Aziende sanitarie toscane per l'attuazione del principio della rotazione ex lege 6 novembre 2012, n°190.

A seguito del recepimento del documento in oggetto avvenuto con Delibera Direttore Generale n. 965 del 20 luglio 2022, su mandato del RPC, il Direttore del Dipartimento Risorse Umane ha elaborato il Piano di rotazione aziendale .

I regolamenti attualmente vigenti in azienda per il conferimento, rinnovo e revoca degli incarichi, già prevedono il criterio di rotazione, ove applicabile, al momento del conferimento degli stessi (artt. 7 e 8 del nuovo regolamento dei Dirigenti Area Sanità, di cui alla deliberazione n. 1424 del 25 ottobre 2021 e art.5 del nuovo regolamento per i Dirigenti dei ruoli PTA di cui alla deliberazione n.690/2022.).

Il Piano di Rotazione aziendale 2023 si fonda sull'analisi e valutazione degli esiti della mappatura dei processi riportata nel PIAO di riferimento (PIAO 2022-24 - Allegato 3 "ESITI MONITORAGGIO 60 PROCESSI").

Recependo i criteri previsti nel documento regionale (personale operante con "poteri decisionali/discrezionali" nei processi esitati con "rischio alto"), sono stati individuati i processi la cui ponderazione del rischio ha prodotto un livello "alto".

E' stato pertanto valutato per tutto il personale coinvolto (dirigenti e PPOO) la natura di funzioni e ruoli, anno di nomina/incarico, applicazione del criterio di gradualità per funzioni allo stato dell'arte non ancora sostituibili, eventuale applicazione di normativa già in atto che preveda rotazione triennale.

E' stata altresì prevista l'applicazione di misure alternative per le strutture a rischio elevato non assoggettabili a rotazione (es. distribuzione delle fasi procedurali tra più persone/affiancamento a coloro che istruiscono le pratiche di una o più unità lavorativa), programmando modalità di rendicontazione/feedback da parte dei direttori dei dipartimenti interessati.

Sviluppo Piano di Rotazione annualità 2024:

Il prossimo Piano di Rotazione dovrà applicarsi, oltre al personale coinvolto nei processi oggetto di mappatura esitati con rischio "alto", anche alle figure dirigenziali afferenti all'area di rischio Contratti pubblici

### **La rotazione straordinaria (integrato con linee guida prodotte da CRRA RT)**

La rotazione straordinaria prevista dalla legge (art. 16, co. 1, lett. l-quater D.lgs. 30 marzo 2001 n° 165) è una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare, siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'Azienda.

I dirigenti, l'UPD, l'Area Affari Legali, secondo le rispettive competenze, monitorano e segnalano tempestivamente al Direttore delle Risorse Umane l'avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva a carico di un dipendente.

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

- l'avvio di un procedimento penale o disciplinare nei confronti del dipendente, ivi compreso i dirigenti;
- esistenza di una condotta, oggetto di tali procedimenti, qualificabile come "corruttiva" ai sensi dell'art. 16 c.1 lett. l quater del DLgs. 30 marzo 2001 n° 165

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

### **Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower) - Obiettivi 2023**

Nella presente annualità, in parallelo alle analisi e valutazioni intercorse tra i componenti del gruppo RPCT regionale in materia di Whistleblowing, il RPC ha istituito un Tavolo di lavoro con il RPD e il Direttore UOC innovazione e Sviluppo dei Processi per valutare la scelta ed acquisizione di un servizio di piattaforma informatica per garantire segnalazioni di illecito on line aderenti alle raccomandazioni ANAC e alle disposizioni del Garante Privacy.

Di seguito lo stato dell'arte delle fasi processate ad oggi:

- Dalle indagini di mercato svolte è stata scelta l'offerta tecnico-economica presentata dalla Ditta "Whistleblowing Solutions I.S. Srl"
- Acquisizione tramite la UOC Programmazione e Gestione Forniture Beni e Servizi - Rapporti con ESTAR -UOC Acquisizione Diretta Forniture Beni e Servizi, del servizio di "Fornitura triennale in servizio SaaS della Piattaforma informatica Whistleblowing PA" (Rif. Offerta "OffEcon\_160134\_1\_18112022190244\_Livello1" – AFFIDAMENTO DELLA FORNITURA DI SERVIZI DI IMPORTO INFERIORE AD € 40.000,00 IVA ESCLUSA (art. 36, comma 2, lett. a) D. Lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii.)
- Realizzazione e sperimentazione della piattaforma in una versione di "prova" (prototipo) per effettuazioni di test e simulazioni
- Personalizzazione con integrazioni e migliorie richieste dal Tavolo di lavoro aziendale (predisposizione campi obbligatori per i dati identificativi del segnalante, visualizzazione con fleg obbligatorio di presa visione informativa sul trattamento dei dati, identificazioni di utenze con profilazione differenziata, apertura alla società civile,...)
- Individuazione del Custode dell'Identità non coincidente con la figura del RPC
- Predisposizione e aggiornamento della seguente documentazione: Procedura aziendale "PA-DGE/002 PER LA SEGNALAZIONE DI ILLECITI/IRREGOLARITA' E RELATIVA TUTELA DEL DIPENDENTE SEGNALANTE (whistleblowing policy) (revisione n.2)", Accordo per la nomina del responsabile del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 28 del Regolamento 2016/679/UE ("Regolamento generale sulla protezione dei dati"), Valutazione d'impatto sulla protezione dei dati (DPIA) ai sensi dell'art. 35 Regolamento (UE) 679/2016 (RGPD), Informazioni ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – RGPD) sul trattamento dati personali necessario per la segnalazione di illeciti/irregolarità ai sensi dell'art. 54 bis Dlgs 165/01, Modulo di segnalazione on line, Format e Contenuti delle pagine di interfaccia per la comunicazione/informazione aziendale (intranet e sito web) su istituto whistleblower,

Nelle more di attivazione della Piattaforma on line, vengono garantiti i seguenti canali di segnalazione: cartaceo, email, sistema informativo dedicato senza garanzia della riservatezza dell'identità del segnalante

Viene programmata la somministrazione di Questionari on line su conoscenza e diffusione sullo strumento whistleblowing a 3 e 9 mesi dall'attivazione

## I patti di integrità

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

Nel 2016, anno di costituzione dell'AUSL Toscana sud est, la Direzione Amministrativa ha trasmesso ai Responsabili delle strutture interessate il modello/format di Patto di Integrità adottato dall'Azienda.

È cura dei medesimi Responsabili proporre eventuali aggiornamenti/integrazioni dello stesso format al RPC, anche a seguito di intervenute modifiche legislative e/o eventi intercorsi che potrebbero evidenziare eventuali criticità nell'attuazione.

Dati 2022 per le Aree coinvolte:

- Area Approvvigionamenti e Contratti (Dipartimento Affari Generali): nel corso del 2022 risultano acquisiti circa 112 patti di integrità all'interno dei quali vi è contenuto espresso richiamo al rispetto del "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici" e del Codice di comportamento adottato dall'Azienda ASL Toscana Sud Est, regolarmente pubblicato in versione aggiornata sul Sito WEB - Sezione "amministrazione trasparente → disposizioni generali → atti generali → codice disciplinare e codice di condotta" del quale i contraenti dichiarano di aver preso piena visione e conoscenza.

Numero verifiche a campione effettuate in merito all'attuazione dei Patti: 97 (non sono state accertate violazioni).

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

- Dipartimento Tecnico: nel corso del 2022 sono stati sottoscritti n.627 Patti di integrità. Le verifiche effettuate sull'attuazione della misura, in seguito alle quali non sono state accertate violazioni, risultano essere n. 12. Non si segnala nessuno caso di attivazione delle azioni di tutela.

### Azioni di sensibilizzazione società civile

Nel corso del 2022 gli organismi di partecipazione hanno pienamente ripreso la propria attività e sono stati coinvolti in varie iniziative aziendali, tra le quali è da segnalare il coinvolgimento nella programmazione dell'Area Vasta Toscana sud est. Il documento di programmazione per il triennio 2023-2025 è stato presentato ai Comitati di Partecipazione dai Direttori Generali delle due Aziende Sanitarie interessate (AUSL e AOUS), in un apposito incontro tenutosi a Siena nel dicembre 2022.

L'Azienda ha inoltre provveduto ad adottare alcuni atti deliberativi per aggiornare la composizione del Comitato Aziendale e dei Comitati di Zona Distretto, anche a seguito delle modifiche organizzative che hanno visto il ripristino delle Zone Distretto Aretina, Casentino e Valtiberina nell'ambito della provincia aretina.

E' inoltre da segnalare, sempre nel corso del 2022, l'adozione con delibera del Direttore Generalen.1649/2022 del Codice Etico aziendale promosso dal Cug (Comitato Unico di Garanzia) con la collaborazione del RPC. La stesura e formalizzazione di un Manifesto Etico aziendale è stata comunicata e discussa nel corso dell'anno in n. 3 eventi formativi nelle 3 sedi Siena, Arezzo e Grosseto, fortemente partecipate ed apprezzate, tanto che è stato ritenuto ripeterle anche nel 2023.

L'obiettivo futuro è la diffusione del documento nella Società civile non solo attraverso la pubblicazione nel sito istituzionale ma anche attraverso l'organizzazione di Agorà/Giornate della Trasparenza.

### Antiriciclaggio

Sintesi azioni pregresse (anni 2018-2021):

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

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

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

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

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

#### **Resoconto anno 2022 e azioni 2023:**

Sono stati effettuati i corsi di formazione già programmati e inseriti nel Piano di Formazione aziendale per il personale delle strutture maggiormente interessate dal fenomeno, organizzati in collaborazione con i colleghi della U.O.C. Formazione e rapporti con l'Università:

- in data 3 maggio 2022 in modalità webinar si è tenuto un incontro formativo, di confronto e collaborazione istituzionale con l'UIF nelle persone del Dott. Borrello Responsabile del servizio Analisi e Rapporti Istituzionali dell'UIF , Dott.ssa Ilaria Cosenza e Dr. Roberto Lo Santo che ha visto la partecipazione della Direzione Aziendale, del Responsabile anticorruzione, del Responsabile Trasparenza, dei Dirigenti responsabili di struttura e loro collaboratori. In tale occasione sono state formate n. 42 unità di personale fra dirigenti e posizioni organizzative.

- nei giorni 11 ottobre e 15 novembre 2022 in modalità webinar sono state tenute n. 2 edizioni dal Prof. Ranieri Razzante Consigliere per gli Affari Delegati del Sottosegretario alla Difesa, Docente di Legislazione antiriciclaggio - Università di Bologna Docente di Diritto dell'economia - Università di Cassino, esperto in materia. Al corso hanno partecipato con interesse un totale di n. 94 unità di personale (17 dirigenti e 77 personale del comparto). L'Agenzia della formazione ha messo a disposizione dei discenti il materiale fornito dal Prof. Razzante.

Nel novembre 2022 la Scuola Nazionale dell'Amministrazione, in sinergia con la UIF, Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia, ha invitato questa Azienda sanitaria nella persona del Gestore antiriciclaggio e del Responsabile anticorruzione a partecipare alla riunione preliminare per la realizzazione di un progetto che prevede un approfondimento di alto livello sul tema della trasparenza dei titolari effettivi. Un percorso che si colloca nell'ambito delle attività della Comunità di Pratica per Responsabili della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza costituita dalla SNA e dall'UIF e realizzata

in attuazione del Quinto Piano d'Azione nazionale per il governo aperto, promosso da Open Government Partnership Italia.

Il primo obiettivo prefissato dalla SNA e dall'UIF è costituire un Gruppo di Lavoro che individui il quadro normativo, i profili operativi, nonché le criticità e le opportunità fornite dal contesto con il fondamentale apporto delle amministrazioni che hanno anticipato la normativa nazionale, o che hanno mostrato piena contezza degli obblighi imposti dalla normativa nazionale e che possono presentarsi quali esempi di esperienze virtuose da replicare.

In data 2 dicembre 2022 si è quindi avviato un dialogo tra amministrazioni, allo scopo di rafforzare la sinergia tra Responsabili della prevenzione della corruzione e Soggetti Gestori di segnalazioni di operazioni sospette nella PA.

In previsione dell'incontro del 2 dicembre 2022, la SNA ha elaborato una breve concept note (allegato n° 4).

A seguito dell'incontro la SNA ha richiesto al gestore e al responsabile anticorruzione di procedere all'iscrizione alla Comunità di pratica per RPCT e alla compilazione di un questionario sull'implementazione della normativa antiriciclaggio entro il 30 gennaio quale primo step per i lavori 2023 del nuovo gruppo costituito per l'approfondimento di alto livello sul tema della trasparenza dei titolari effettivi.

L'approfondimento si rende necessario al fine di individuare un percorso che possa garantire l'efficacia del presidio di trasparenza e prevenzione dei conflitti di interessi offerto dall'obbligo di individuare il titolare effettivo dei destinatari dei fondi pubblici e degli appaltatori considerato che allo stato attuale non sono previste sanzioni in caso di rifiuto a fornire tali dati da parte delle imprese.

Con sentenza emessa il 22 novembre 2022, sull'accessibilità ai Registri pubblici dei titolari effettivi (RBE), la Corte di Giustizia UE ha ritenuto che, in riferimento alla V Direttiva antiriciclaggio, la disposizione ai sensi della quale le informazioni sulla titolarità effettiva delle società costituite nel territorio degli Stati membri sono accessibili in ogni caso al pubblico, è invalida. Tale misura (di accesso al Registro pubblico on line dei titolari effettivi – ad oggi non ancora attivo) non è stata ritenuta dalla Corte né proporzionata al raggiungimento dell'obiettivo antiriciclaggio, né necessaria.

Come già specificato nel paragrafo relativo al contesto interno, che per quanto riguarda l'attuazione del PNRR, quest'Azienda non procederà in maniera autonoma ad effettuare le gare di appalto ma aderirà agli accordi quadro che saranno stipulati dall'agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa s.p.a. - Invitalia per l'attuazione degli interventi di competenza ricadenti nella missione m6 – salute del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), cofinanziata dal piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC).

La modulistica utile alla identificazione del titolare effettivo che verrà elaborata nell'ambito dei lavori 2023 della Comunità di pratica per RPCT sarà fornita a tutte le strutture aziendali interessate (vedi allegata concept note della SNA con elenco dei risultati attesi), corredata dalle necessarie indicazioni per l'utilizzo e attraverso incontri di coordinamento e formazione.

## Check list per gli appalti

Nel Piano nazionale anticorruzione approvato con deliberazione n° 7 del 17 gennaio 2023, ANAC mette a disposizione di varie figure strumenti agili e operativi per la compilazione e il controllo degli atti di alcune procedure di affidamento che possono comportare maggiori rischi in termini di fenomeni corruttivi.

L'Azienda Sanitaria, come precisato nell'analisi del contesto interno, non provvede in maniera autonoma ad effettuare le gare di appalto relative al PNRR, limitandosi ad aderire agli accordi quadro stipulati dall'agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa s.p.a. - Invitalia per l'attuazione degli interventi di competenza ricadenti nella missione m6 – salute del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), cofinanziata dal piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC), così come per i beni ed i servizi soprasoglia le procedure di gara vengono garantite da ESTAR.

Tuttavia, in data 27 ottobre 2022, con comunicazione mail indirizzata ai Direttori dei Dipartimenti tecnico – amministrativi, il RPC ha provveduto a sollecitare le strutture che effettuano affidamenti, con particolare riferimento al Dipartimento Tecnico ed al Dipartimento Affari Generali, ad avvalersi delle cinque check list predisposte da ANAC per la preparazione ed il successivo controllo degli atti di specifiche tipologie di affidamento di cui all'allegato 8 del PNA 2022.

Quanto sopra è stato disposto, nonostante che, a quella data, il PNA non fosse ancora stato approvato con delibera e nonostante che l'Autorità si fosse limitata a raccomandare il ricorso allo strumento delle check list, lasciando comunque facoltà alle amministrazioni di utilizzare lo strumento.

Nel corso dell'anno 2023 il RPC proseguirà l'opera di sensibilizzazione nei confronti delle strutture coinvolte per far sì che lo strumento sia quanto più ampiamente utilizzato.

## Trasparenza

### Premessa

La trasparenza costituisce uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione, consentendo ai cittadini di verificare il corretto utilizzo delle risorse pubbliche e la capacità di soddisfare i bisogni della collettività da parte delle singole amministrazioni. La nozione generale di trasparenza risulta efficacemente espressa nella definizione dell'art. 1, comma 1, del D.Lgs. 33/2013:

*"La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".*

Le azioni in materia di trasparenza non si esauriscono comunque con il formale adempimento degli obblighi normativi, ma dovrebbero avere un più ampio respiro per mettere in atto percorsi virtuosi di ascolto e di miglioramento dei servizi resi al cittadino. La pubblicità dei dati relativi all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico si può quindi collocare nell'ottica del "miglioramento continuo" di servizi, coerente con il ciclo della performance e con tutte le azioni programmatiche inserite nel PIAO. La trasparenza ha inoltre un rilevante impatto sui processi interni di ciascuna amministrazione, coinvolgendo in modo ampio e trasversale le varie strutture sia nella fase di programmazione sia in quella di erogazione di attività, servizi e prestazioni. Gli adempimenti in materia di trasparenza sono altresì funzionali e coerenti con la logica di prevenzione della corruzione, poiché la chiarezza e la completezza dei dati pubblicati consente di avere piena cognizione dei processi interni e quindi maggiore consapevolezza dei relativi rischi corruttivi.

È noto che il sistema della trasparenza amministrativa si realizza non solo attraverso l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale dell'ente, ma anche mediante l'accesso civico

generalizzato (FOIA: Freedom of Information Act) che consente di conoscere dati, atti e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

I canali essenziali di informazione a disposizione del cittadino, pertanto, sono costituiti da:

- sito web istituzionale, sezione Amministrazione Trasparente
- accesso civico, che si realizza nelle due forme dell'accesso civico semplice e dell'accesso civico generalizzato.

Il presente programma ha la finalità di sviluppare, per gli anni 2023-2025, questi due essenziali strumenti di trasparenza nell'ottica della piena integrazione con il Piano triennale di prevenzione della corruzione, inserito a sua volta nel più ampio contesto del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

È opportuno sottolineare la rilevante complessità dell'Azienda USL Toscana Sud Est, che rende particolarmente impegnativo l'assolvimento degli obblighi di trasparenza. L'ampiezza delle dimensioni territoriali e del bacino di utenza, l'elevato numero di dipendenti e l'entità delle risorse economiche gestite, a cui si aggiunge l'estrema varietà dei servizi sanitari e socio-sanitari offerti alla popolazione, si traducono in una particolare complessità organizzativa. L'Azienda USL si pone quindi al centro di una articolata rete di rapporti - con cittadini, utenti e stakeholder in generale - e garantisce molteplici attività, che comprendono sia le più tradizionali funzioni amministrative sia percorsi più articolati legati all'erogazione dei servizi o ad attività di natura privatistica.

### **Il programma della trasparenza 2023-2025**

La sezione Amministrazione Trasparente (AT) del sito web risulta conforme alle linee guida ANAC di cui alla deliberazione 1310/2016, emanate a seguito delle modifiche alla disciplina sulla trasparenza introdotte dal D.Lgs. 97/2016. L'ampia dimensione dell'Azienda USL Toscana sud est impone un costante e progressivo lavoro di aggiornamento e adeguamento dei flussi informativi e richiederebbe una specifica progettualità, che ancora oggi resta per alcuni aspetti critica, soprattutto riguardo agli interventi di informatizzazione.

Il nuovo regolamento per la gestione e manutenzione del sito istituzionale dell'Azienda, approvato a fine 2021 con deliberazione n. 1738/2021, ha rappresentato una occasione per disciplinare e ribadire il rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza. L'art. 11 del regolamento definisce il percorso interno di produzione, pubblicazione e aggiornamento dei flussi informativi, sulla base dell'organizzazione aziendale, rinviando ad un apposito allegato contenente il dettaglio degli obblighi di trasparenza a carico di ciascuna macrostruttura e dei relativi responsabili. L'applicazione del regolamento, nel corso del 2022, ha consentito una gestione e rilevazione più ampie ed organiche dei vari flussi di dati, anche se lo strumento si rivela ancora da migliorare in relazione alla complessità organizzativa dell'Azienda.

Non si esclude quindi una revisione del regolamento nell'anno 2023, per distinguere meglio il percorso generale di revisione e aggiornamento delle pagine informative del sito web da quello specifico relativo all'alimentazione della sezione Amministrazione Trasparente. Nei prossimi anni, inoltre, proseguirà l'impegno per rendere più facilmente fruibili e consultabili le informazioni sul sito stesso, sia in termini di riordino dei contenuti sia in termini di visualizzazione grafica, in modo da consentire al cittadino modalità agevoli ed immediate di reperimento delle informazioni evitando contenuti superflui o eccessivi tecnicismi.

Si ritiene inoltre che vadano sviluppati ulteriori processi di informatizzazione, in modo da rendere più efficiente ed agevole la trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei flussi informativi. Resta quindi



l'esigenza - per i prossimi anni - di implementare l'informatizzazione del sistema, con introduzione di ulteriori applicativi oppure mediante potenziamento e/o interfaccia con gli applicativi già in uso nell'Azienda (es. software di gestione degli atti deliberativi, programmi per la contabilità o la gestione del personale). Eventuali nuovi strumenti da introdurre nella logica del consolidamento dei percorsi della trasparenza - al fine di assicurare tempestività, completezza e continuo aggiornamento dei dati pubblicati - dovranno comunque essere in linea e coerenti con le esigenze di tutela della riservatezza, nel rispetto dei principi di pertinenza, minimizzazione e non eccedenza dei dati pubblicati.

### **Iniziative in materia organizzativa: soggetti, ruoli e responsabilità**

Il presente programma triennale per la trasparenza è applicato a tutte le strutture organizzative dell'Azienda USL Toscana sud est ed interessa, in particolare, le strutture operanti in ambito tecnico-amministrativo.

Nel corso dell'anno 2022 si è ulteriormente consolidato l'assetto organizzativo del settore tecnico-amministrativo, che ha permesso di razionalizzare i processi produttivi interni ed ha consentito una più certa ed univoca attribuzione alle strutture di funzioni e competenze. Il nuovo assetto aziendale ha indubbiamente agevolato anche gli adempimenti in materia di trasparenza, consentendo una corretta individuazione dei soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione dei dati, oltre alla designazione di referenti per le principali strutture con i quali realizzare un costante raccordo operativo. Si segnala, in proposito, la formalizzazione con apposito atto deliberativo della rete aziendale dei referenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza (deliberazione Direttore Generale n. 1210/2022), che oltre a creare una rete stabile di collaboratori consente anche di rendere i vari responsabili maggiormente informati e consapevoli sugli adempimenti di propria competenza.

Si segnala, inoltre, la specificazione degli obblighi di trasparenza e pubblicazione in capo alle singole strutture in modo più analitico e dettagliato, mediante elaborazione di una tabella che partendo dall'albero della trasparenza attribuisce i vari adempimenti in modo certo ed univoco ai diversi responsabili (allegato n°5 al presente piano). La responsabilità della produzione, trasmissione e aggiornamento dei dati è assegnata ai Direttori di Unità Operativa, che sono titolari dell'obbligo informativo in ordine alle materie di propria competenza e ne garantiscono la completezza, esattezza e tempestività, verificando inoltre che i flussi informativi siano conformi alla vigente normativa in tema di privacy. La griglia in questione potrà comunque essere rivista ed aggiornata nel corso dell'anno 2023, per recepire le modifiche all'assetto organizzativo recentemente adottate su proposta della Direzione Amministrativa, da realizzare in modo graduale durante l'anno.

In occasione delle verifiche semestrali sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione - a cura del Responsabile della trasparenza - avvenute nel 2022 in modo più formale e sistematico, sono stati coinvolti i responsabili delle principali strutture o i loro referenti. Si è cercato di utilizzare gli stessi criteri e parametri di valutazione adottati da OIV nella verifica annuale, con la finalità di accertare, oltre al rispetto degli obblighi, la completezza e l'aggiornamento delle informazioni nonché l'utilizzo del formato aperto per consentire l'estrazione ed il riutilizzo dei dati pubblicati. Come già programmato, è stata effettuata una specifica focalizzazione su alcuni settori di attività: in particolare sul Dipartimento Risorse Umane, con il quale si sono tenuti appositi incontri nel mese di giugno 2022 per concordare le modalità di implementazione di alcune sottosezioni di AT piuttosto articolate e oggetto di continuo aggiornamento (a titolo esemplificativo: organigramma aziendale e incarichi di responsabilità). Sono inoltre in programma, per i primi mesi dell'anno 2023, incontri e contatti con il Dipartimento Tecnico, allo scopo di concordare l'attuazione del nuovo Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2022, con riferimento alle disposizioni in materia di bandi di gara e contratti ed alle misure di trasparenza riguardo agli interventi finanziati con i fondi del PNRR.

Anche per i prossimi anni si rende comunque necessario proseguire l'approfondimento dei diversi ambiti di attività, d'intesa ed in costante collaborazione con i responsabili delle strutture aziendali, ai fini di una corretta condivisione delle azioni di trasparenza, e con l'ulteriore e più ampia finalità di superare la logica del mero adempimento formale per promuovere la diffusione della cultura della trasparenza come metodo di lavoro e di ordinaria gestione dell'attività amministrativa.

### **Coordinamento regionale RPCT**

Nel dicembre 2021, dopo la pausa dovuta allo stato di emergenza, è stato ricostituito il coordinamento regionale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (CRRRA). La riattivazione dell'organismo ha rappresentato una efficace occasione di confronto e di raccordo per le Aziende Sanitarie della Regione che affrontano problematiche comuni, con condivisione di indicazioni operative e linee guida validate a livello regionale. Tra le iniziative più importanti del 2022 si segnala l'elaborazione del regolamento sul conflitto di interessi - approvato dal Coordinamento regionale nel settembre 2022 e adottato con deliberazione aziendale n. 1629 del 27 dicembre 2012 - che contiene un'ampia ricognizione della normativa in materia e specifici indirizzi per l'applicazione dei vari istituti, con definizione di una apposita modulistica comprensiva anche di quella da pubblicare in AT. Sono inoltre da evidenziare le iniziative su alcune specifiche tematiche della trasparenza, che hanno consentito un confronto tra le Aziende sulle modalità di gestione e pubblicazione dei flussi informativi; a titolo esemplificativo, si richiama l'approfondimento sui criteri di alimentazione della sottosezione "consulenti e collaboratori", con particolare riferimento agli incarichi di patrocinio conferiti ai legali esterni. Il confronto proseguirà anche nel corso dell'anno 2023: sono già in programma approfondimenti sul nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2022, con una focalizzazione sulle recenti modifiche all'albero della trasparenza e sulla nuova configurazione della sottosezione "bandi di gara e contratti".

### **Iniziative di comunicazione esterna e diffusione della trasparenza**

Come previsto dal precedente programma, nel corso del 2022 sono state effettuate iniziative mirate a favorire il coinvolgimento esterno e la più ampia conoscenza in merito alle finalità e agli strumenti della trasparenza.

In particolare, sono stati coinvolti gli organismi di partecipazione di cui alla LRT 75/2017 operanti sia a livello aziendale che di zona distretto. I Comitati di partecipazione, espressione delle realtà associative presenti nel territorio, costituiscono infatti una importante sede di confronto riguardo alla programmazione e ai servizi aziendali; pertanto, una migliore conoscenza della normativa sulla trasparenza e delle varie forme di accesso può costituire un utile momento di verifica ed occasione per proporre azioni di miglioramento. Durante gli incontri del Comitato di partecipazione aziendale è stato dedicato un apposito spazio alla trasparenza, in un primo momento con finalità informative e divulgative (riunione in presenza del 25 maggio 2022) e, successivamente, con effettuazione di una specifica riunione sul tema in videoconferenza, in data 19 ottobre 2022, in cui è stata fornita una illustrazione abbastanza dettagliata della sezione Amministrazione Trasparente e delle relative potenzialità informative e conoscitive. Analoghe iniziative sono state replicate nell'ambito dei Comitati di partecipazione delle Zona Distretto della provincia aretina.

Una ulteriore attività di particolare interesse svolta nel corso dell'anno, sempre in collaborazione con il Comitato di partecipazione, è stata quella di elaborare e somministrare un questionario per valutare l'accessibilità dei siti web - test di usabilità del sito secondo le linee guida AgID in materia - rivolto ad una pluralità di utenti suddivisi per fasce di età, con successiva pubblicazione dei risultati. Si tratta di una iniziativa parzialmente diversa da quella programmata a suo tempo, ma comunque efficace anche in termini di promozione della trasparenza, che ha permesso di individuare criticità e porre in essere

azioni di miglioramento su alcune pagine del sito relative ai servizi di maggiore interesse per l'utenza. I risultati dell'indagine sono consultabili al seguente link: <https://www.uslsudest.toscana.it/accessibilita>

Per i prossimi anni, oltre a proseguire l'attività di collaborazione con i Comitati di partecipazione, dovranno comunque essere effettuate altre iniziative di coinvolgimento esterno. Come condiviso in sede di Coordinamento regionale RPCT, si rende opportuna la realizzazione della "giornata della trasparenza" almeno con cadenza annuale, da organizzare eventualmente in modo unitario e coordinato tra le varie Aziende Sanitarie del sistema regionale, per estendere alla cittadinanza la cultura della partecipazione e della trasparenza. Le giornate della trasparenza dovrebbero infatti coinvolgere gli stakeholder interni ed esterni e porsi, quindi, come momenti di confronto e di ascolto per individuare i più rilevanti interessi degli utenti al fine di migliorare gli strumenti comunicativi e la qualità dei servizi.

### **Il diritto di accesso: l'accesso civico e documentale**

Con deliberazione del Direttore Generale, n. 1628 del 27 dicembre 2022, è stata approvata la nuova versione del regolamento unico aziendale per l'accesso documentale e l'accesso civico, semplice e generalizzato, in sostituzione del precedente regolamento adottato nel 2019 in attuazione delle linee guida ANAC in materia. L'aggiornamento del regolamento, oltre che per l'adeguamento ad alcune sopravvenute modifiche normative, è stato effettuato con la finalità di rendere più chiaro e lineare il percorso di trattazione delle richieste di accesso, anche per lo stesso cittadino, cercando di ribadire i caratteri distintivi tra accesso documentale ed accesso civico e di definire meglio i vari ruoli e responsabilità.

La nuova versione conferma l'Ufficio unico per l'accesso civico (UCA), con una funzione di orientamento, consulenza e supporto alle varie strutture, anche in materia di accesso documentale nei casi di particolare complessità. L'esperienza di questi anni ha infatti dimostrato l'importanza di questo "centro di competenza", divenuto un punto di riferimento per tutte le strutture aziendali, che ha il compito di assicurare coerenza ed omogeneità nella trattazione delle varie richieste presentate all'amministrazione. La gestione dell'Ufficio unico per l'accesso è affidata alla titolare dell'incarico aziendale di coordinamento delle azioni per l'integrità e la trasparenza.

Sono inoltre da segnalare le iniziative di formazione realizzate nel 2022 in tema di accesso, mediante uno specifico corso di formazione svolto in due edizioni presso le sedi di Siena e Grosseto, destinato in particolare al personale del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di gestione amministrativa della attività ospedaliera e territoriali. Si tratta di strutture che trattano un ampio numero di richieste di accesso, spesso con profili problematici e che richiedono adeguato approfondimento per garantire il corretto temperamento tra il diritto di accesso e le esigenze di tutela della privacy. L'iniziativa in questione ha avuto una buona partecipazione e riscosso significativo interesse, soprattutto riguardo alla casistica presentata sulla base dell'esperienza maturata nel corso degli anni più recenti.

Il costante flusso di informazioni e feedback provenienti dalle richieste di accesso civico generalizzato, nonché dalle altre richieste di accesso, può costituire un prezioso contributo per la compiuta valutazione dell'idoneità delle azioni in tema di trasparenza. Passando all'esame dei dati aziendali, nell'anno 2022 si è registrato un numero piuttosto ridotto di richieste di accesso civico: le istanze sono state solamente tre, tutte inquadrabili nell'ambito dell'accesso civico generalizzato.

Riguardo all'accesso agli atti o documentale, benché tale materia non afferisca strettamente alla "trasparenza", merita farvi brevemente riferimento in quanto connessa all'attività dell'UCA. Anche nell'anno 2022 risultano pervenute numerose istanze di accesso (n. 64), a volte presentate richiamando il decreto 33/2013 quale titolo normativo legittimante. Va ricordato, tuttavia, che ciascuna forma di accesso è connessa a determinati presupposti tecnico-amministrativi e non può essere fatta valere a titolo diverso rispetto alle previsioni del legislatore, derivando effetti differenti sulla sfera giuridica dei vari soggetti coinvolti (titolari dei dati, controinteressati). Pertanto l'UCA, di volta in volta, ha cercato di

chiarire tali aspetti e di garantire il corretto inquadramento delle istanze, anche con richiami alla giurisprudenza dei giudici amministrativi ed ai pareri espressi dalla Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi e dal Garante per la protezione dei dati personali. Il regolamento in materia di accesso, recentemente approvato, ha ulteriormente precisato la distinzione tra le varie tipologie di accesso ed i percorsi interni per una gestione più rapida ed efficace delle varie istanze.

## ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

### Struttura organizzativa

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

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

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

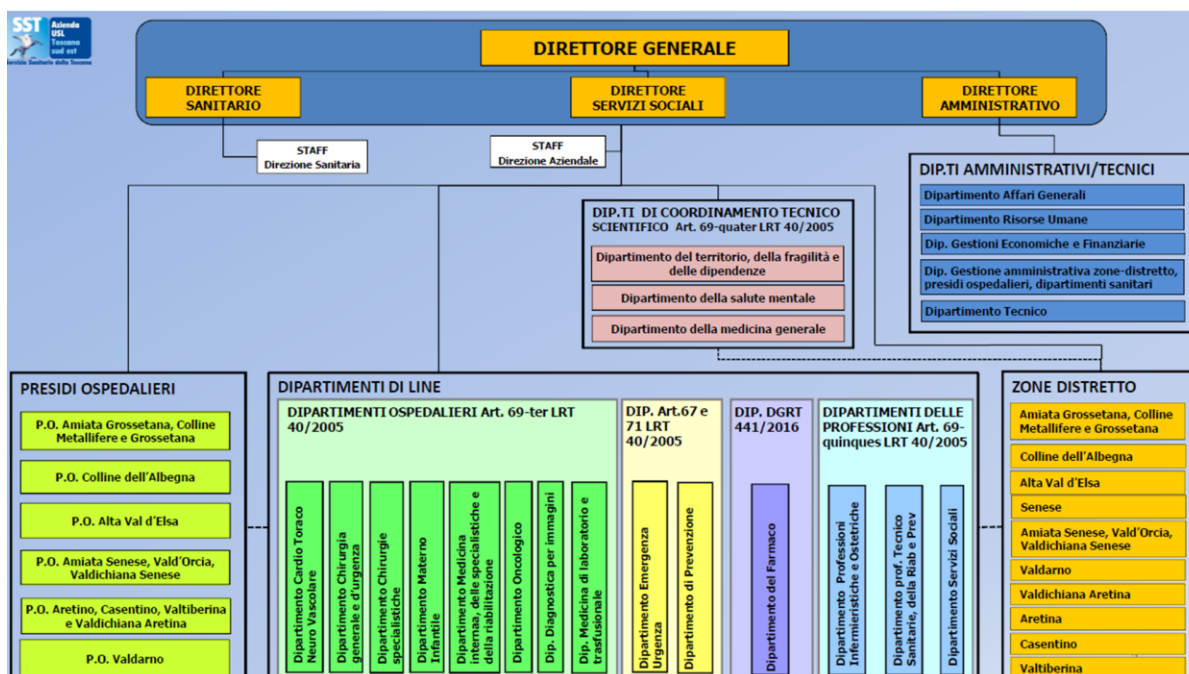
- *Zone-distretto e/o SdS*
- *Rete ospedaliera e presidi ospedalieri*
- *Dipartimenti assistenziali, tecnico -amministrativi, di staff e professionali*
- *Aree Dipartimentali*
- *Unità funzionali territoriali*

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

- *Strutture Operative Complesse*
- *Strutture Operative Semplici, anche autonome (dipartimentali)*
- *Incarichi professionali dirigenziali*
- *Incarichi funzionali gestionali e professionali del personale del comparto*

In azienda, oltre ai due Staff di consulenza e di supporto alla direzione ( Staff della Direzione Aziendale e Staff della Direzione Sanitaria), sono presenti 17 dipartimenti a vocazione sanitaria, assistenziale e socio assistenziale per ospedali e territorio, 10 zone distretto, 5 dipartimenti della struttura tecnico organizzativa. L'Azienda nello specifico ha adottato il seguente modello organizzativo: nell'ambito dei dipartimenti assistenziali sono stati costituiti **nove dipartimenti ospedalieri** (*emergenza ed urgenza; specialità chirurgiche; specialità mediche; materno infantile; oncologico; diagnostiche*), **due dipartimenti territoriali** (sanità territoriale e dipendenze, salute mentale), a cui si aggiungono il **dipartimento della prevenzione**, il **dipartimento del farmaco**, il **dipartimento di medicina generale**, i **dipartimenti delle professioni** (*infermieristiche ostetriche; tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione, servizio sociale*). I suddetti dipartimenti hanno carattere tecnico – professionale in materia clinico organizzativa e gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate, per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, con il compito di sviluppare il governo clinico nei percorsi assistenziali in sinergia fra quelli ospedalieri e territoriali. Tutte le altre strutture per lo svolgimento delle funzioni amministrative e tecniche, sono state riorganizzate nelle seguenti strutture funzionali unificate di livello apicale: **Dipartimento Affari Generali; Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie; Dipartimento Risorse Umane, Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari, Dipartimento Tecnico.**

A seguire si rappresenta l'organigramma aziendale:



In ambito professionale sono presenti totalmente 235 strutture complesse, 112 strutture semplici dipartimentali e 175 strutture semplici. Le fasce di graduazione per gli incarichi dirigenziali sono ricomprese nei seguenti range economici:

- A) direttore di dipartimento (21.000-23.000)
- B) responsabile di area dipartimentale (15.000-18.000)
- C) direttore di struttura complessa (19.300-26.000)
- E) direttore di struttura semplice dipartimentale (15.000-20.000)
- F) direttore di struttura semplice (13.000-15.300)
- G) dirigente con incarico di altissima professionalità (17.000-21.000)
- H) dirigente con incarico di alta specializzazione (13.300 -15.300)
- I) dirigente con incarico di studio consulenza e ricerca (6.000-10.000)
- L) dirigente con incarico di base (1.500)

Gli incarichi del comparto previsti nell'attuale organizzazione sono in totale 764, così distribuiti per profilo professionale:

- Infermiere/Ostetrica: 387
- Tecnico Sanitari, della riabilitazione e della prevenzione: 188
- Assistente sociale: 38
- Professionale, tecnici ed amministrativi: 151

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

Indennità di funzione annua	N° incarichi
2.000 €	75
2.500 €	97
2.800 €	90
3.100 €	18
3.300 €	93
3.500 €	18
3.800 €	102

Indennità di funzione annua	N° incarichi
4.000 €	3
5.000 €	108
6.350 €	82
7.500 €	58
9.200 €	20
<b>Totale complessivo</b>	<b>764</b>

## Organizzazione del lavoro agile

### Le condizionalità e i fattori abilitanti (misure organizzative, piattaforme tecnologiche, competenze professionali)

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

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

L'Azienda ha dato indicazione ai vari Direttori di dipartimento di sviluppare una mappatura delle attività svolgibili a distanza e li ha delegati ad attivare la modalità di Lavoro agile attraverso un accordo individuale. Si è avvalsa di apposite piattaforme software e si è attivata per potenziare il parco attrezzature necessario all'uopo.

Per mettere a regime questo nuovo sistema di lavoro ha quindi provveduto a dare indicazioni ai vari responsabili al fine di ridefinire le modalità di assegnazione degli obiettivi individuali e di struttura enfatizzando la dimensione del controllo sul risultato rispetto a quella del controllo sui comportamenti.

Nell'Allegato 7, si presentano i principali indicatori utili all'Azienda per il monitoraggio del Lavoro Agile, distinti per ruolo e CCNL di riferimento.

## Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) mira a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance dell'Azienda nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Nella predisposizione del PTFP l'Azienda deve rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance.

I contenuti sono quelli previsti dal decreto legislativo d.lgs n. 75 del 2017:

- La consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati;
- le modalità di reclutamento volte a soddisfare i medesimi;
- l'integrazione nell'ambiente di lavoro delle persone con disabilità;
- la previsione di un regime transitorio per il superamento del precariato.

L'Azienda in sede di stesura del PTFP tiene conto del principio dettato dall'art. 6 comma 2 D.Lgs. 165/2001 su l'ottimale impiego delle risorse pubbliche.

Il piano indica le assunzioni a tempo indeterminato nel triennio, il ricorso ad ogni forma di lavoro flessibile, nonché le assunzioni obbligatorie della Legge n. 68/99 e le categorie protette nel rispetto della normativa prevista in materia di quote d'obbligo. Nell'elaborazione del PTFP l'Azienda preliminarmente svolge un'attenta analisi sulla programmazione dell'attività aziendale, sulla definizione degli obiettivi e sulla verifica del rispetto dei vincoli sulla spese del costo del personale, derivanti da vincoli nazionali e regionali.

Inizia dalla rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente in termini quantitativi, accompagnata dalla descrizione del personale in servizio suddiviso in relazione ai profili professionali presenti a tempo indeterminato e determinato. Di seguito è riportata la dotazione del personale a dicembre 2021 raggruppata per profilo professionale.

Tab.1

A	Dipendenti a tempo indeterminato				Dipendenti a tempo determinato	
	B	C	D	E	F	G
Personale	N. Dipendenti a tempo indeterminato al 31.12.2021	N. Cessazioni 1.1.2022/31.12.2022	N. Assunzioni 1.1.2022/31.12.2022	N. Dipendenti a tempo indeterminato al 31.12.2022 (B - C + D)	N. Dipendenti a tempo determinato al 31.12.2021	N. Dipendenti a tempo determinato al 31.12.2022
Dirigenti medici	1.512	89	88	1.511	17	24
Dirigenti veterinari	82	9	2	75	1	1
Dirigenti sanitari	126	10	21	137	21	17
Dirigenti professioni sanitarie	16	3	7	20	1	1
Dirigenti ruoli professionale e tecnico	24	3	2	23	3	3
Dirigenti ruolo amministrativo	27	2	2	27	0	1
Infermieri	3.967	192	153	3.928	94	35
Altro personale comparto ruolo sanitario	1.331	109	88	1.310	69	29
Operatori socio sanitari	1.343	72	22	1.293	33	28
Altro pers. comparto ruoli prof.le e tecnico	471	42	49	478	4	6
Personale comparto ruolo amministrativo	835	52	46	829	61	16
<b>TOTALE (dirigenti + comparto)</b>	<b>9.734</b>	<b>583</b>	<b>480</b>	<b>9.631</b>	<b>304</b>	<b>161</b>



Tab.2

## Riepilogo delle diverse tipologie di rapporto di lavoro

Prospetto 1 - Situazione al 31 dicembre 2021							
col. 1	col. 2	col. 3	col. 4	col. 5	col. 6	col. 7	col. 8
N. dipendenti a tempo indeterminato [uguale Totale col. B di Tab. 1]	N. dipendenti a tempo determinato [uguale Totale col. F di Tab. 1]	N. co.co.co.	N. incarichi libero professionali	N. lavoratori in somministrazione (ex interinali)	N. lavoratori con contratto di formazione e lavoro	N. Universitari (docenti e personale non docente)	<b>TOTALE [colonne 1+2+3+4+5+6+7]</b>
9.734	304	22	41	114	0	0	<b>10.215</b>
Prospetto 2 - Situazione al 31 Dicembre 2022							
col. 1	col. 2	col. 3	col. 4	col. 5	col. 6	col. 7	col. 8
N. dipendenti a tempo indeterminato [uguale Totale col. E di Tab. 1]	N. dipendenti a tempo determinato [uguale Totale col. G di Tab. 1]	N. co.co.co.	N. incarichi libero professionali	N. lavoratori in somministrazione (ex interinali)	N. lavoratori con contratto di formazione e lavoro	N. Universitari (docenti e personale non docente)	<b>TOTALE [colonne 1+2+3+4+5+6+7]</b>
9.631	161	0	8	71	0	0	<b>9.871</b>
Prospetto 3 - Differenza 31 Dicembre 2022/31 dicembre 2021							
col. 1	col. 2	col. 3	col. 4	col. 5	col. 6	col. 7	col. 8
N. dipendenti a tempo indeterminato	N. dipendenti a tempo determinato	N. co.co.co.	N. incarichi libero professionali	N. lavoratori in somministrazione (ex interinali)	N. lavoratori con contratto di formazione e lavoro	N. Universitari (docenti e personale non docente)	<b>TOTALE [colonne 1+2+3+4+5+6+7]</b>
<b>-103</b>	<b>-143</b>	<b>-22</b>	<b>-33</b>	<b>-43</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>-344</b>

Il piano triennale del fabbisogno si inserisce a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa e i fattori oggetto di valutazione riguardano:

- la capacità assunzionale calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa che gli Enti del Servizio Sanitario concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica;
- il trend delle cessazioni sia per quanto riguarda i pensionamenti che le cessazioni volontarie;
- l'evoluzione dei bisogni assunzionali legati alla digitalizzazione dei processi, all'inserimento di personale qualificato e all'implementazione del PNRR.

Nelle more della definizione degli indirizzi regionali per il triennio 2023-2025, si pubblica nell'Allegato 6 l'ultimo PTFP 2022-2024, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1522 del 30/11/2022 ed approvato con Delibera della GRT n. 1270 del 14/11/2022.

## Formazione del personale

Il Piano Annuale della Formazione dell'Azienda USL Toscana Sud Est (da qui in avanti 'PAF') rappresenta lo strumento principale di programmazione, promozione e governo dell'investimento immateriale ed economico finalizzato alla crescita ed alla valorizzazione dei professionisti che svolgono la propria attività, in qualità di lavoratori dipendenti o convenzionati, per l'Azienda USL Toscana Sud Est. Il PAF individua nelle persone e nel loro patrimonio culturale e professionale, tecnico e non tecnico, le principali risorse su cui basare lo sviluppo continuo e sostenibile dell'Azienda stessa.

La capacità di un'azienda sanitaria di soddisfare i bisogni di salute della popolazione di riferimento è indubbiamente legata alle conoscenze e alle competenze dei professionisti che la costituiscono.

Il processo di cambiamento, che deve coinvolgere inevitabilmente tutte le persone, deve essere fortemente orientato a riconoscere e valorizzare le competenze dei singoli, anche al fine di supportare e migliorare la motivazione ed il senso di appartenenza, requisiti indispensabili per operare efficacemente nel sistema organizzativo di una Azienda Sanitaria.

Nell'ambito della formazione, la competenza è un costrutto complesso, composto da conoscenze, abilità/skills, comportamenti/qualità; può essere appresa ed è finalizzata a un obiettivo/risultato; se

non viene costantemente declinata tende a perdere le caratteristiche di efficacia, efficienza ed appropriatezza.

E per valorizzare la competenza e il capitale umano è necessario costruire nuovi modelli di gestione al fine di analizzare, valutare, riconoscere e valorizzare i professionisti e le loro potenzialità.

Premesso ciò, competenze e conoscenze, sia specifiche del ruolo sia trasversali, rappresentano per l'Azienda USL Toscana Sud Est i pilastri su cui basare l'organizzazione e la possibilità di miglioramento delle performances.

Tanto premesso, la formazione continua a rappresentare, per la nostra Azienda, un elemento strategico di innovazione e di costante allineamento delle competenze e delle performances, in uno scenario in continua evoluzione, quale quello sanitario dove i professionisti e le organizzazioni sono chiamati a fronteggiare nuove esigenze e nuove realtà organizzative e clinico-assistenziali (come anche la recente epidemia ha dimostrato).

La formazione nei contesti sanitari si trova oggi ad affrontare sfide significative e sempre più deve concretizzarsi in un approccio che sia in grado di captare il rapido sviluppo delle conoscenze scientifiche, associato all'accrescersi delle innovazioni tecnologiche e organizzative. Si tratta di un processo continuo e permanente, per facilitare il trasferimento delle migliori evidenze scientifiche nella pratica professionale e quindi consolidare la qualità dell'assistenza erogata in termini di sicurezza, efficacia, efficienza, coinvolgimento ed appropriatezza.

La formazione, quindi, permette di attivare un processo finalizzato a rendere i professionisti soggetti attivi di cambiamento, sia a livello individuale che organizzativo (gruppi), non attraverso una semplice adesione ad un modello preconstituito, ma attraverso l'elaborazione autonoma e nel confronto con gli altri di una propria strategia di intervento, alimentata da un arricchimento del proprio patrimonio cognitivo, dall'analisi della dinamica emotiva e motivazionale, dalla consapevolezza del proprio ruolo professionale e organizzativo. L'Azienda USL Toscana Sud Est quindi, anche mediante la formazione, garantisce qualità, sicurezza ed efficacia delle prestazioni che eroga, non disgiunte dalla necessaria efficienza complessiva del sistema. A tal fine, attraverso il PAF si impegna a mantenere, consolidare, migliorare le competenze del proprio patrimonio di professionisti e perciò gli standard qualitativi.

PAF 2023 in Numeri <a href="#">Delibera DG n. 1639 del 27/12/2022</a>	
Eventi programmati	685
Edizioni programmate	3.895
Partecipanti previsti	52.774

Distribuzione % degli eventi per gli obiettivi nazionali	2023 (2022)
Competenze tecnico professionali e specialistiche	60,15 (60,9)
Competenze di processo, relazionali e comunicative	19,12 (16,8)
Competenze di sistema organizzativa/gestionale/situazionale/ruolo	20,73 (22,3)

## IL CONTESTO DI RIFERIMENTO E L'ANALISI DEI BISOGNI FORMATIVI

L'offerta dei servizi, secondo la legge di riforma Regionale, deve essere organizzata sulla base della rilevazione dei bisogni di salute e secondo i principi previsti dalla stessa legge di riforma di garantire insieme la vicinanza della risposta al bisogno e della riorganizzazione, che eviti le duplicazioni, realizzando appropriatezza e la migliore qualità. Il modello gestionale-organizzativo dell'Azienda si articola nelle seguenti dimensioni di riferimento:

La dimensione "professionale": rappresenta il "come fare". Definisce gli standard ed i protocolli tecnici da utilizzare nei processi rilevanti. Ha la responsabilità del miglioramento continuo degli standard di riferimento, i parametri di assorbimento delle risorse, gli indicatori di performance. Tale dimensione trova risposta nelle diverse competenze professionali e si articola nelle strutture professionali, nelle aree e nei dipartimenti tecnico scientifici definiti nel regolamento aziendale.

La dimensione "gestionale-funzionale": costituisce il "cosa fare". Comporta la necessità di

programmare, organizzare e gestire le risorse ed i fattori produttivi assegnati, allo scopo di raggiungere gli obiettivi definiti in fase di negoziazione nel rispetto dei criteri di efficienza (utilizzo ottimale delle risorse) ed efficacia (raggiungimento del risultato). Tale dimensione è rappresentata dalle strutture gestionali, anch'esse definite nel Regolamento.

La dimensione "localizzativa": rappresenta il "dove fare". Presuppone la necessità di individuare e definire il sistema di attività e di responsabilità di tutte le macrostrutture aziendali al fine di garantire uno sviluppo organizzativo che tenga in considerazione, quali requisiti primari: la gestione per processi, la continuità dei percorsi assistenziali, l'integrazione – con specifico riferimento a quella tra ospedale e territorio e tra sociale e sanitario –, l'intensità di cure sia in ambito ospedaliero che territoriale.

Queste dimensioni comportano un investimento sulle risorse umane per costruire un modello organizzativo orizzontale multiprofessionale ed interdisciplinare, che solleciti anche un cambiamento culturale e la piena assunzione di responsabilità sul raggiungimento degli obiettivi.

La formazione è chiamata non solo ad accompagnare e supportare il cambiamento, ma anche a stimolare e creare le condizioni culturali dello stesso. La capacità di saper lavorare in maniera diversa, formandosi sui modelli organizzativi presenti, sulle reti cliniche e sulle competenze relative al lavorare e collaborare, è decisiva per tenere insieme la dimensione organizzativa e quella del rapporto di prossimità con i cittadini ed i loro bisogni.

Per il PAF 2023, la raccolta dei fabbisogni formativi è avvenuta tramite due modelli, prodotti dalla UOC Formazione e Rapporti con l'Università e parte costitutiva del Piano della Qualità della Formazione approvato dalla Regione Toscana: un modello è relativo alla rilevazione del fabbisogno individuale ed uno è relativo alla rilevazione del fabbisogno della Struttura di appartenenza.

Alla raccolta dei fabbisogni ed alla formulazione delle proposte, hanno positivamente collaborato gli Animatori di Formazione ed i Referenti della Formazione dei Dipartimenti laddove individuati. Nel 2022, in ottemperanza della DGRT 616/21 "Linee Guida su Animatori di Formazione", è stato formalizzato l'Albo aziendale degli Animatori di Formazione con delibera del Direttore Generale n.1650/2021.

## **GLI OBIETTIVI STRATEGICI AZIENDALI**

L'organizzazione dell'Azienda, tenuto conto della realtà geo-demografica del territorio caratterizzato da una rilevante estensione ed un elevato indice di dispersione della popolazione, intende rappresentare una risposta alle esigenze di integrazione delle funzioni assistenziali, mirando ad offrire alla popolazione servizi omogenei, di prossimità, di qualità e sostenibili nel tempo. Tali servizi hanno autonomia a livello di zona per rispondere a gran parte della domanda di salute e garantire equità di accesso. L'assistenza si sviluppa in forma distribuita o centralizzata in relazione all'intensità del bisogno, alle dotazioni tecnologiche necessarie, alla complessità organizzativa, combinando nel modo più opportuno lo specifico bisogno del paziente con l'esigenza di valorizzare le competenze dei professionisti e le capacità strutturali e tecnologiche. Per quanto riguarda gli indirizzi per programmare la formazione e l'aggiornamento per il 2023, continueremo a seguire le direttrici regionali ed aziendali, oltre naturalmente a sviluppare i percorsi ritenuti necessari dalle singole strutture.

Di seguito le indicazioni della Direzione Aziendale sugli obiettivi formativi da perseguire nel 2023:

- Formazione sulla sicurezza D.Lgs.n. 81/08 e s.m.i. (Dirigenti, Preposti e Dipendenti)
- Formazione antiincendio (Rischio Alto e Basso)
- Formazione neo assunti
- La tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione di tali dati
- Anticorruzione e Trasparenza
- Sviluppo delle competenze in ambito di amministrazione digitale
- Sviluppo delle competenze nelle procedure amministrativo contabili
- Sviluppo delle competenze negli atti di programmazione

- Sviluppo delle competenze nelle innovazioni tecnologiche
- Strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili
- Il Nuovo Sistema di Garanzia quale metodologia innovativa rispetto alla griglia LEA e le novità conseguenti sul processo di budgettizzazione
- D.M.n. 77, per la diffusione della conoscenza sulle strutture territoriali CDC, COT, Ospedali di comunità
- La gestione del budget economico nelle strutture sanitarie
- Lean healthcare management
- Formazione "*Community building*" per valorizzare e costruire una comunità di interessi, di obiettivi e di pratiche che rafforzino l'identità dell'Azienda
- La formazione in simulazione (allegato a DGRT 805/2021 e DGRT1306/2022)

L'Azienda si impegna nella costruzione di un sistema basato sull'integrazione nelle sue varie declinazioni, clinica, professionale e di sistema

L'Azienda considera **la Sicurezza nei luoghi di lavoro** una condizione essenziale per garantire una performance assistenziale sicura e di qualità sia nei confronti degli assistiti sia nei confronti degli operatori offrendo un'ampia e qualificata formazione su questa tematica come peraltro previsto dal Decreto LGS 81/08

L'Azienda considera **la Comunicazione** una delle leve strategiche per il raggiungimento dei propri obiettivi ed attribuisce alla comunicazione una profonda valenza relazionale finalizzata all'ascolto, all'accoglienza e alla presa in cura di tutti i cittadini che necessitano dei servizi offerti. Al contempo una comunicazione strutturata è essenziale per garantire il raccordo all'interno della rete del territorio e tra le comunità professionali.

L' Azienda si impegna ad aumentare la propria visibilità e trasparenza interna ed esterna, la comprensione delle sue linee di lavoro e dell'organizzazione dei servizi, anche attraverso momenti di confronto e di coinvolgimento con i principali portatori d'interesse. L'Azienda si impegna inoltre affinché le culture professionali ed organizzative si incontrino arricchendosi vicendevolmente, tramite processi di scambio culturali, con l'obiettivo di far proprie le migliori soluzioni disponibili, a cominciare dal coinvolgimento attivo del primo protagonista dei servizi, il cittadino stesso.

La direzione aziendale, tramite la UOC Formazione e Rapporti con l'Università, ha individuato tra i 685 eventi del PAF 2023, 26 eventi la cui tipologia è individuata quale **Formazione in Simulazione** (DGR 2547/2013) Di questa tipologia formativa saranno misurati 3 indicatori:

- n. partecipanti coinvolti/ n. partecipanti programmati  $\geq 70\%$
- n. test superati con esito positivo/partecipanti ai corsi  $\geq 75\%$
- n. corso istruttori in simulazione  $\geq 1$

## **PRINCIPI E AREE PRIORITARIE PER LA FORMAZIONE**

I principi a cui si ispira la Formazione del Personale nel 2023

- Le linee di indirizzo regionali
- Il sostegno ai processi di riorganizzazione aziendale
- L'investimento formativo a supporto del governo dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle reti come in generale dei processi di integrazione, decisivi per gli obiettivi di cambiamento
- Lo svolgimento per la Azienda USL Toscana Sud Est, delle attività come Provider ECM
- Il controllo dei costi, mantenendo una significativa offerta formativa a tutto il personale
- La priorità alla modalità di formazione collettiva organizzata aziendalmente rispetto alla formazione individuale esterna
- L' impulso verso modalità di erogazione della formazione multi professionale e "sul campo" e della Simulazione che renda più evidente come il personale possa da subito utilizzare le conoscenze e competenze acquisite nella propria attività lavorativa
- La valorizzazione delle risorse di docenza interne e del sistema regionale in tutti i casi in cui sia possibile e didatticamente efficace

- Lo sviluppo della integrazione di percorsi formativi di interesse di area vasta
- La equità nelle opportunità di accesso alla formazione tra il personale
- Lo sviluppo della valutazione della formazione incrementando la valutazione di impatto e cercando di andare oltre i tradizionali questionari di gradimento e di apprendimento

## **FORMAZIONE FAD**

La formazione non ha mai cessato, neanche nel periodo emergenziale, di essere un supporto fondamentale per tutti i professionisti, sia quando ha concentrato il proprio focus sulle tematiche emergenti legate al Covid sia quando, nel tentativo di tornare ad una “diversa normalità”, si riorienta ai contenuti tecnico professionali, di processo e di sistema. La formazione in presenza, tradizionale modalità di aggiornamento, preponderante in epoca pre-pandemica, ha ripreso ad essere attuata anche se affiancata ancora in modo consistente dalla formazione a distanza in modalità sincrona (aule virtuali). La FAD asincrona (utilizzando il portale regionale di Formas) è stata e sarà diffusamente utilizzata, in special modo quando i corsi (ad esempio, i corsi sulla sicurezza, sulla privacy, sulla trasparenza e anticorruzione) sono rivolti ad una platea molto ampia di partecipanti. La FAD sincrona continuerà a rappresentare una importante modalità formativa, per questo è stato riconfermato l'acquisto delle licenze per l'utilizzo di aule virtuali. Nello specifico sono state confermate 12 licenze per altrettante aule con 'capienza' fino a 150 partecipanti in audio e relatori in audio/video; quando i partecipanti non superano il limite di 40 unità (e tra breve anche 50) è possibile la partecipazione di tutti in audio e video. Abbiamo acquisito anche 12 licenze per i webinar con 'capienza' fino a 1000 partecipanti in audio e con docenti in audio e video. Parte di queste aule virtuali sono state utilizzate anche per assicurare lo svolgimento dei corsi OSS e dei corsi di laurea.

## **ELEMENTI DI COERENZA DELLA FORMAZIONE**

Le premesse per l'elaborazione del PAF trovano la base nella definizione degli obiettivi strategici aziendali e negli obiettivi delle aree, che rappresentano la sintesi degli orientamenti di breve e media scadenza dell'Azienda. In questo contesto, il riconoscimento del ruolo strategico della formazione continua rappresenta la garanzia di un'attenzione di tutto il sistema aziendale ad una programmazione complessiva sistemica e coerente che comprenda tutti gli elementi che convergono concettualmente nel significato del governo clinico. Gli indirizzi della Regione Toscana stabiliscono tre tipi di coerenze:

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

### **Il Piano formativo rispetto alle politiche per lo sviluppo delle risorse umane**

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

Le politiche di sviluppo del personale si fondano su tre pilastri:

- sviluppo delle competenze professionali, inteso come definizione delle competenze chiave da possedere per lo svolgimento delle singole professioni. Il sistema di valutazione traccia i punti di forza e di debolezza rispetto alle competenze chiave e le sostiene indirizzando il personale mediante progetti di formazione mirata
- consapevolezza organizzativa, intesa come conoscenza dell'organizzazione e capacità di agire

- all'interno della stessa nel rispetto delle proprie competenze e dei ruoli
- sviluppo di carriera, inteso come definizione di percorsi di carriera professionali e gestionali ed inserimento dei collaboratori all'interno degli stessi sulla base delle loro capacità e talenti
- Dunque partendo da tali premesse il Piano di Formazione della Azienda USL Toscana Sud Est intende:
- promuovere la conoscenza e consapevolezza dell'assetto organizzativo in modo particolare per i neo assunti
  - promuovere una cultura della qualità, nella logica di un miglioramento continuo, coinvolgendo, responsabilizzando e valorizzando la professionalità e lo sviluppo delle risorse umane presenti;
  - sviluppare le competenze per garantire la qualità assistenziale attraverso l'utilizzo di strumenti conoscitivi e metodologici per la costruzione integrata di percorsi assistenziali, in accordo con le linee guida nazionali ed internazionali ed i principi basati sull'evidenza;
  - sviluppare le competenze/capacità necessarie a svolgere le proprie funzioni nel rispetto della normativa dettata in materia di anticorruzione e privacy;
  - sviluppare e sostenere le capacità comunicativo-relazionali necessarie ad affrontare positivamente e costruttivamente i rapporti interpersonali con le persone assistite e con gli altri operatori;
  - sviluppare le competenze/capacità per rispondere adeguatamente e tempestivamente a situazioni di emergenza urgenza sanitaria, quali l'arresto cardio respiratorio;
  - coinvolgere tutti i professionisti ed operatori, con particolare riferimento ai neo assunti, nell'attività aziendale ed in quella della struttura di appartenenza. Dal 2020 lo Staff della Direzione Generale, promuove il corso destinato a tutti i neo assunti, di 16 ore o 24 ore con l'obiettivo di allineare le nuove risorse sui temi dell'organizzazione aziendale, del codice di comportamento, sicurezza sul lavoro e sicurezza antincendio.

### **Il Piano formativo rispetto alle innovazioni organizzative aziendali**

L'Azienda USL Toscana Sud Est garantisce lo svolgimento dei propri compiti istituzionali attraverso le strutture organizzative professionali e funzionali individuate tenendo presente le norme generali di organizzazione, di prossimità e il necessario collegamento tra assistenza ospedaliera e territoriale e tra assistenza sanitaria e sociale.

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

Le Aree Organizzative di Presidio sono, come le strutture Organizzative Funzionali, titolari di scheda di budget.

Il Piano Formativo è stato predisposto seguendo l'evoluzione dell'organizzazione e dei suoi centri di responsabilità. In questo modo anche il piano formativo è diventato uno strumento a supporto dell'organizzazione (sia per far conoscere a tutti l'organizzazione, sia per far funzionare al meglio tutti gli snodi organizzativi).

Infatti il Piano Formativo propone alcuni corsi a supporto dell'innovazione organizzativa.

### **Il Piano formativo rispetto alle innovazioni tecnologiche**

Anche con riguardo alla innovazione tecnologica la coerenza risulta significativa.

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

maggiori strumenti per uniformare il livello di qualità ed equità di cura anche per i territori disagiati. Continuano a nascere così diverse iniziative aziendali di innovazione sia dal livello di governance che dagli operatori territoriali ed ospedalieri. Per ognuna di queste iniziative la formazione a supporto del dispiegamento è da sempre stata fondamentale per ottenere il massimo risultato attraverso una continua e costante vicinanza agli operatori interessati dalle nuove tecnologie e delle nuove organizzazioni.

Per supportare le innovazioni necessarie, ottimizzare i processi e stimolare il miglioramento organizzativo, anche in questo piano di formazione si dà spazio alla formazione di base Lean del personale territoriale e ospedaliero. Rispetto alla messa in opera di progetti di innovazione tecnologica e organizzativa è stato inserito nel piano di formazione un’iniziativa, rivolta agli Staff di Direzione e alle Direzioni dei Dipartimenti, per il Design Thinking dei processi come strumento di disegno, condivisione e definizione di un processo innovativo da mettere a regime. A questo tipo di necessità si affiancano modalità operative innovative, legate ai nuovi strumenti tecnologici, per le quali gli operatori verranno affiancati in aula e “on the job” con sessioni di Change Management che permettano a tutti, indipendentemente dal grado di propensione all’utilizzo di piattaforme digitali, di arrivare a un pieno utilizzo delle nuove piattaforme. In riferimento all’ obiettivo 29 gli eventi programmati sono 6.

Cosa ci aspettiamo dal PAF 2023:

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

Considerate le caratteristiche orografiche e demografiche del territorio Sud Est della Toscana, particolarmente importanti continuano ad essere iniziative di innovazione tecnologica per lo sviluppo della Telemedicina. Non ultimo il supporto formativo a vari livelli rispetto all’implementazione di nuovi percorsi di diagnosi e cura attivati attraverso strumenti di Telemedicina tra i PS ospedalieri e con le zone disagiate ed isolate come l’Isola del Giglio o l’Appennino. Il supporto di affiancamento “on the job” del personale risulterà essenziale per l’utilizzo pervasivo delle nuove tecnologie messe a disposizione.

I risultati attesi dal supporto formativo e di affiancamento sul campo di questi progetti e degli altri previsti nel PAF sono di massima efficacia e pervasività nell’utilizzo quotidiano di nuovi strumenti tecnologici e quindi dell’attuazione efficace ed efficiente di nuovi percorsi di diagnosi e cura nonché di diffusione anche nei territori disagiati e nei Presidi Ospedalieri periferici di professionalità specialistiche presenti nei Presidi centrali. Tutto questo con particolare riferimento all’uso delle piattaforme GoToMeeting e GoToWebinar per le riunioni online, videoconferenze e conferenze.

## IL COINVOLGIMENTO DEL PERSONALE NELLA FORMAZIONE

Con il Piano di Formazione l’Azienda si pone l’obiettivo di assicurare adeguate occasioni di crescita culturale e professionale a tutti i professionisti. Per il personale del ruolo sanitario l’opportunità formativa, orientata prevalentemente allo sviluppo di competenze, garantendo la qualità del processo formativo, mira anche a massimizzare l’acquisizione dei crediti ECM così come previsto dalla normativa. Tra i destinatari degli eventi formativi il personale sanitario con obbligo ECM è così ripartito tra le diverse professioni.

Personale partecipante	N.	%
a tutti gli eventi in tutte le loro edizioni	52.774	100
ad eventi monoprofessionali	4.367	8,27

Il personale viene individuato e coinvolto da parte dei Dirigenti preposti ai Dipartimenti, alle Aree Dipartimentali, alle Unità Operative e Funzionali, in quanto si ritiene precisa responsabilità del Dirigente analizzare i bisogni formativi delle risorse umane assegnate, nonché le priorità e le modalità per realizzare una omogenea crescita professionale.

Si ricorda, a tal proposito, che la capacità di coinvolgere il personale assegnato nei programmi formativi e la valorizzazione delle risorse umane è uno degli elementi per la valutazione del personale dirigenziale, ai fini dell'attribuzione di eventuali incarichi di gestione e professionali.

La partecipazione del personale agli eventi formativi avverrà anche attraverso l'utilizzo delle riserve orarie previste dai CCNL, utilizzo che l'Azienda si impegna a favorire, nella gestione della programmazione delle attività e dei carichi di lavoro.

Si ritiene utile fornire ai dirigenti le seguenti indicazioni metodologiche per l'individuazione del personale da coinvolgere nelle varie iniziative formative:

1. Coerenza tra le funzioni e gli obiettivi annuali assegnati al personale da coinvolgere e gli obiettivi formativi e di miglioramento dell'iniziativa in oggetto;
2. Equa ripartizione delle opportunità formative tra il personale, anche in relazione alla possibilità di raggiungere i crediti formativi previsti per il triennio, ripartiti annualmente;
3. Progressivo coinvolgimento di tutto il personale nei programmi formativi, anche in una visione pluriennale (il personale non coinvolto nell'anno precedente dovrebbe avere la priorità per l'anno in corso).

Nella gestione degli aggiornamenti individuali verrà tenuto conto della necessità di garantire pari opportunità per i professionisti che hanno minori possibilità di acquisire i crediti ECM tramite la formazione collettiva aziendale e regionale e valutate le offerte di sponsorizzazione da parte di ditte esterne. Il personale, previa autorizzazione del Direttore della Unità Operativa di riferimento, può richiedere la partecipazione ad eventi formativi esterni nelle modalità di aggiornamento obbligatorio o facoltativo. La richiesta di aggiornamento individuale è presentabile solo nei casi in cui l'aggiornamento non verta su argomenti già previsti nel Piano formativo Aziendale. Verrà data priorità alla partecipazione ad eventi offerti dal sistema regionale, ed in assenza ad eventi extra-regione. La partecipazione ai programmi di formazione obbligatori aziendali, dall'altro lato, rappresenta un preciso dovere professionale del personale.

A tal proposito si ribadisce che il rifiuto, senza giustificato motivo, a partecipare ad iniziative formative collettive aziendali, sia tradizionali che secondo modalità FAD, costituisce motivo per la esclusione nel corso dell'anno dalla autorizzazione ad aggiornamenti individuali richiesti dal singolo, anche se supportati da sponsor, oltre ad altre eventuali iniziative, che la Direzione Aziendale dovesse prevedere, nell'ambito del processo di valutazione dei dipendenti.

## **DOSSIER FORMATIVO DI GRUPPO**

Il Dossier Formativo di gruppo rappresenta l'espressione più alta e concreta della programmazione dell'aggiornamento nel tempo e della coerenza della formazione/aggiornamento rispetto alla professione, disciplina, specializzazione, profilo di competenza ed alle attività esercitate nel gruppo professionale e/o organizzativo di appartenenza. Per lo scorso triennio, per tale ragione, ad integrazione dei 14 dossier di gruppo già costituiti nel corso del 2020 e 2021, si sono aggiunti altri 7 dossier nel corso del 2022, per un totale di 21 Dossier formativi di gruppo nel triennio 2020-2022. Per il prossimo triennio 2023-25 per il raggiungimento del relativo bonus attraverso il dossier formativo di gruppo è indispensabile che vi sia una coerenza pari ad almeno il 70% tra il DFG programmato e quello effettivamente realizzato. E' prevista, per il futuro, la progettazione e realizzazione di almeno 7 dossier formativi di gruppo per ogni anno.



## DIFFUSIONE E ACCESSO DEL PIANO

Il PAF, dopo la sua deliberazione, viene pubblicato sulla rete intranet aziendale, ove verranno anche pubblicati gli eventi formativi prima della realizzazione, con il relativo programma, specificando se vi sono posti disponibili, oltre le iscrizioni obbligatorie, per consentire a chi fosse interessato di attivare una richiesta di partecipazione, tramite il dirigente della struttura di appartenenza. Il Piano viene inoltre inviato a tutti i dirigenti di macrostrutture e di Unità Operative. I calendari ed il programma degli eventi formativi verranno pubblicati nella rete intranet, con la informazione dei referenti a cui rivolgersi per ottenere informazioni circa le possibilità di partecipazione, ed attivare, passando per il proprio Responsabile, una richiesta di partecipazione. La scelta dei partecipanti agli eventi formativi è una responsabilità dei dirigenti alle cui strutture sono assegnate le risorse umane. La capacità di garantire equità di accesso del personale assegnato è uno degli elementi considerati nella scheda di valutazione individuale dei dirigenti.

## RISORSE FINANZIARIE

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

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

Per l'anno 2023 il PAF prevede **685** eventi che si dispiegano in **3895** edizioni si prevede un investimento pari a Euro **1.013.411,44** per la formazione collettiva proposta dalle macroaree di cui **92.815,01** da fondi regionali ed euro **150.000,00** per la formazione individuale facoltativa e obbligatoria. A queste risorse come per il passato devono aggiungersi **142.000,00** come fondo di riserva.

Aggiornamento collettivo obbligatorio e facoltativo	1.013.411,44 di cui 92.815,01 da fondi regionali
Aggiornamento individuale obbligatorio e facoltativo	150.000,00
Fondo di riserva	142.000,00

Sono previsti 92.815,01 fondi finalizzati da parte della Regione Toscana per alcuni importanti progetti (Legge 135/90 AIDS per formazione e assegni di studio, Infezioni Correlate all'Assistenza, Amministratore di Sostegno, PMA ecc.) oltre alle risorse economiche, sempre regionali, per la formazione dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

## CONCLUSIONI

Il personale viene individuato e coinvolto da parte dei Dirigenti preposti ai Dipartimenti, alle Aree Dipartimentali, alle Unità Operative e Funzionali, in quanto si ritiene precisa responsabilità del Dirigente analizzare i bisogni formativi delle risorse umane assegnate, nonché le priorità e le modalità per realizzare una omogenea crescita professionale e soddisfare le linee strategiche e gli indirizzi regionali e nazionali. Per il personale del ruolo sanitario l'opportunità formativa, orientata prevalentemente allo sviluppo di competenze, garantendo la qualità del processo formativo, mira anche massimizzare

l'acquisizione dei crediti ECM così come previsto dalla normativa. Con il PAF l'Azienda si pone l'obiettivo di assicurare adeguate occasioni di crescita culturale e professionale a tutti i professionisti.

## MONITORAGGIO

Misurare il valore pubblico, generato dall'Azienda mediante le proprie azioni strategiche, si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati in questo piano 2023 – 2025 e che saranno rendicontati nella Relazione sulla Performance.

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

Nell'Allegato 1 al presente documento è riportata la relazione fra gli **Obiettivi Strategici**, **Linee di indirizzo** e **indicatori**, nonché sono esplicitati i target da raggiungere nel triennio.

In particolare, nel documento allegato sono esplicitati gli obiettivi specifici relativi alle **4 aree strategiche** identificate dall'Azienda

- ATTIVITA' E PERFORMANCE: Perseguimento Strategie Regionali e Aziendali
- QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO, TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE
- OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE E SVILUPPO
- BUON USO DELLE RISORSE

con i rispettivi ambiti di riferimento, indicatori e target previsti nel triennio 2023 – 2025.

**In considerazione del fatto che, al momento della redazione del presente documento, non sono ancora pervenute all'Azienda indicazioni regionali in merito agli obiettivi per l'anno 2023 sia relativi alla performance, sia relativi alla programmazione economica e delle risorse umane, l'allegato n.1 e l'intero documento potranno subire variazioni ed integrazioni.**

## ALLEGATI

Allegato 1: sistema di monitoraggio del Piano della Performance

Allegato 2: procedura per la gestione del rischio corruzione

Allegato 3: mappatura n° 49 processi 2023

Allegato 4: concept note antiriciclaggio

Allegato 5: griglia obblighi pubblicazione

Allegato 6: piano triennale del fabbisogno di personale

Allegato 7: indicatori Lavoro Agile