



Azienda USL Toscana nord ovest

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

ANNO 2023-2025



Gennaio 2023

INDICE

| | |
|--|-----------|
| SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE | 4 |
| VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE | 7 |
| Valore pubblico | 7 |
| Performance | 30 |
| Rischi corruttivi e trasparenza | 35 |
| ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO | 57 |
| Struttura organizzativa | 57 |
| Organizzazione del lavoro agile | 59 |
| Piano triennale dei fabbisogni di personale | 60 |
| Formazione del personale | 64 |
| MONITORAGGIO | 65 |
| ALLEGATI | 65 |

Premessa

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021 n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni adottino entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Il Piano si pone l'obiettivo di assorbire in un unico documento molti degli atti di pianificazione cui è tenuta l'organizzazione. Il principio che guida la definizione del PIAO è ispirato alla volontà di superare la molteplicità, e conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa. Il PIAO rappresenta pertanto una sorta di "testo unico" della programmazione, nella **prospettiva di semplificazione e visione integrata** rispetto alle strategie da adottare. Il documento è finalizzato a promuovere la qualità e la trasparenza da parte dell'Azienda, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e attivare una progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della legge 190/2012. Il Piano, redatto di concerto con gli altri atti di programmazione economico-finanziaria, è un documento di pianificazione triennale con programmazione delle attività per l'anno 2023. Il quadro normativo è stato completato con l'approvazione del D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81, in cui sono stati individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione. Il decreto 30 giugno 2022, n. 132 ha invece definito il contenuto del documento.

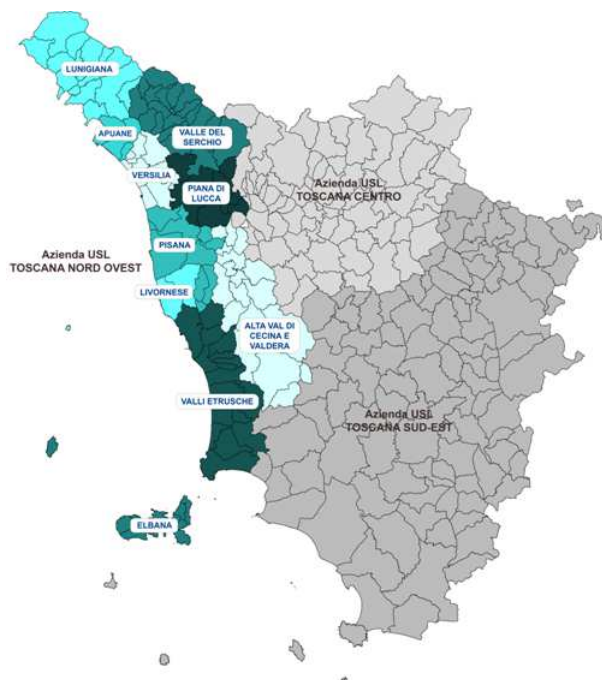
Nella pianificazione 2023-2025 è opportuno tenere conto del fatto che **l'emergenza Covid-19** ha reso ancora più evidente **il valore universale della salute e la sua natura di bene pubblico fondamentale**. La pandemia ha avuto un impatto molto forte sul Sistema Sanitario ed ha messo in luce l'opportunità di mettere in atto strategie nuove, con una prospettiva non solo di reagire alla sfida assistenziale aggiuntiva posta dal virus, ma anche di superare elementi di debolezza che erano già presenti prima dell'impatto pandemico. Si conferma quindi l'esigenza di intervenire con azioni di rafforzamento del sistema e in particolare, della **rete dell'assistenza territoriale e dell'integrazione ospedale-territorio**, dando impulso all'**innovazione digitale**, che riveste un ruolo cruciale e trasversale anche a livello nazionale negli indirizzi del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**. Per i prossimi anni saranno pertanto decisive le seguenti priorità per l'organizzazione:

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

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

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

La Azienda USL Toscana Nord Ovest è stata costituita il 01/01/2016 dalla fusione delle 5 Asl della costa nord ovest della Toscana, ovvero quelle di Livorno, Pisa, Viareggio, Lucca e Massa e opera su un vasto territorio che conta una popolazione residente di 1.248.306 (pop. al 1 gennaio 2022, fonte ARS Toscana).

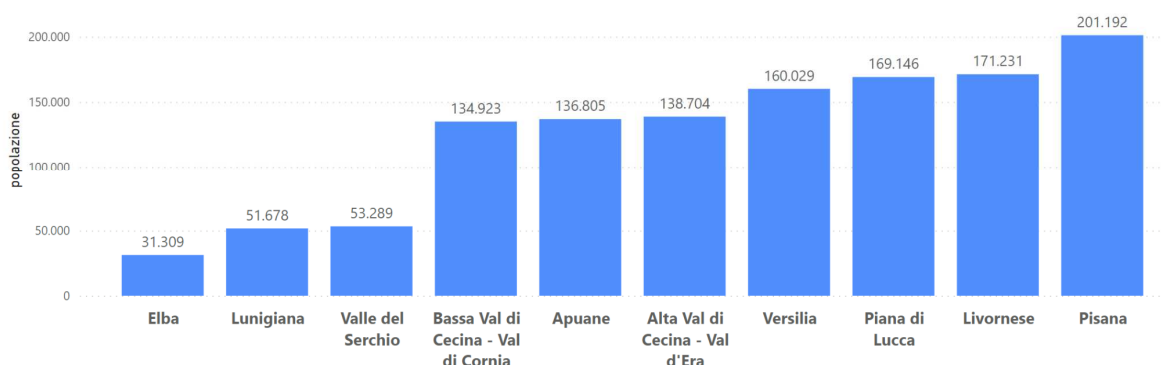


La **Mission** dell'Azienda è quella di tutelare, migliorare e promuovere la salute dei cittadini, in coerenza con le politiche regionali e gli atti di programmazione nazionale e regionale. Le funzioni fondamentali svolte da ASL Toscana Nord Ovest si articolano in 3 Livelli di Assistenza: **Prevenzione,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

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

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

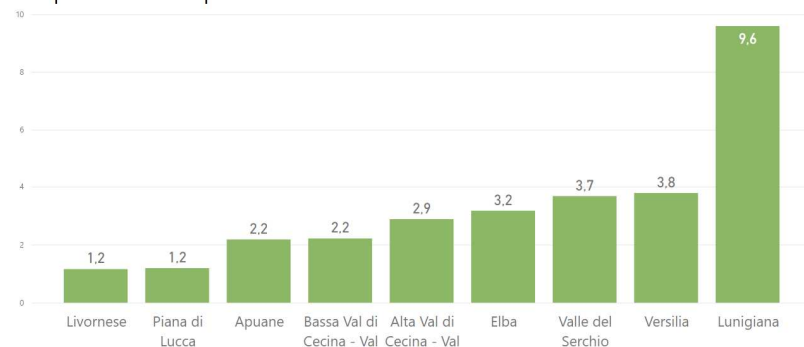
popolazione per zone



Sul territorio aziendale a gennaio 2023 sono presenti **28 Case della Salute**, così distribuite: nelle varie zone.

| DISTRIBUZIONE Case della Salute | | | | Zona | CdS-num |
|-------------------------------------|-----------|------------------|---------------------|--|-----------|
| Zona | CdS-num | popolazione 2021 | CdS per 100.000 ab. | Versilia | 6 |
| Alta Val di Cecina - Val d'Era | 4 | 138.846 | 2,88 | CdS TORRE DEL LAGO | 1 |
| Apuane | 3 | 137.707 | 2,18 | CdS TABARRACCI | 1 |
| Bassa Val di Cecina - Val di Cornia | 3 | 135.419 | 2,22 | CdS SERAVEZZA | 1 |
| Elba | 1 | 31.540 | 3,17 | CdS QUERCETA | 1 |
| Livornese | 2 | 172.804 | 1,16 | CdS PIETRASANTA | 1 |
| Lunigiana | 5 | 52.134 | 9,59 | CdS FORTE DEI MARMI | 1 |
| Piana di Lucca | 2 | 167.631 | 1,19 | Valle del Serchio | 2 |
| Pisana | | 201.025 | | CdS PIAZZA AL SERCHIO | 1 |
| Valle del Serchio | 2 | 54.408 | 3,68 | CdS Bagni di Lucca | 1 |
| Versilia | 6 | 158.637 | 3,78 | Piana di Lucca | 2 |
| Totale | 28 | 1.250.151 | 2,24 | CdS SAN LEONARDO IN TREPONZIO | 1 |
| | | | | CdS MARLIA | 1 |
| | | | | Lunigiana | 5 |
| | | | | CdS GRAGNOLA | 1 |
| | | | | CdS di VILLAFRANCA | 1 |
| | | | | CdS DI PONTREMOLI | 1 |
| | | | | CdS DI BAGNONE | 1 |
| | | | | CdS di AULLA | 1 |
| | | | | Livornese | 2 |
| | | | | CdS VIA DEL MARE | 1 |
| | | | | CdS STAGNO | 1 |
| | | | | Elba | 1 |
| | | | | CdS RIO MARINA | 1 |
| | | | | Bassa Val di Cecina - Val di Cornia | 3 |
| | | | | CdS SAN VINCENZO | 1 |
| | | | | CdS GUARDISTALLO | 1 |
| | | | | CdS DONORATICO | 1 |
| | | | | Apuane | 3 |
| | | | | CdS MASSA | 1 |
| | | | | CdS CARRARA | 1 |
| | | | | CdS MONTIGNOSO | 1 |
| | | | | Alta Val di Cecina - Val d'Era | 4 |
| | | | | CdS VOLTERRA | 1 |
| | | | | CdS PONTEDERA | 1 |
| | | | | CdS POMARANACE CST VDC | 1 |
| | | | | CdS LA ROSA | 1 |
| | | | | Totale | 28 |

CdS per 100.000 ab. per Zona



Relativamente alla medicina generale, nell'anno 2022 l'Azienda ha operato mediante 855 MMG che hanno assistito una popolazione pari a 1.120.020 e con 133 pediatri (assistiti 144.948).

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

Di seguito sono rappresentati gli ospedali dell'azienda e le dotazioni dei posti letto, suddivisi tra ricovero ordinario e day hospital al 31 dicembre 2022.

| tipologia | P.L. ORD | P.L. DH | P.L. DS | tot ppll |
|---|-------------|------------|------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> PUBBLICO | 2168 | 174 | 129 | 2471 |
| <input checked="" type="checkbox"/> OSPEDALE LIVORNO | 362 | 24 | 31 | 417 |
| <input checked="" type="checkbox"/> OSPEDALE VERSILIA | 358 | 40 | 13 | 411 |
| <input checked="" type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LUCA | 315 | 38 | 18 | 371 |
| <input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO APUANE | 300 | 22 | 19 | 341 |
| OSPEDALE APUANE | 300 | 10 | 18 | 328 |
| STABILIMENTO CARRARA | 0 | 12 | 1 | 13 |
| <input type="checkbox"/> OSP. ZONA B.VAL DI CECINA VAL DI CORNIA | 241 | 20 | 13 | 274 |
| OSPEDALE CIVILE DI CECINA | 129 | 11 | 6 | 146 |
| OSPEDALE DI VILLAMARINA | 112 | 9 | 7 | 128 |
| <input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO "FELICE LOTTI" | 247 | 5 | 15 | 267 |
| P.O. F. LOTTI STABILIMENTO DI PONTEDERA | 235 | 5 | 15 | 255 |
| SPDC AZIENDALE ASL5 | 12 | 0 | 0 | 12 |
| <input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO VALLE DEL SERCHIO | 131 | 12 | 5 | 148 |
| STABILIMENTO OSPEDALIERO SAN FRANCESCO | 77 | 4 | 1 | 82 |
| STABILIMENTO OSPEDALIERO SANTA CROCE | 54 | 8 | 4 | 66 |
| <input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO LUNIGIANA | 102 | 3 | 5 | 110 |
| OSP. S. ANTONIO ABATE FIVIZZANO (MS) | 54 | 2 | 2 | 58 |
| OSP. S.ANTONIO PONTREMOLI (MS) | 48 | 1 | 3 | 52 |
| <input checked="" type="checkbox"/> OSPEDALE DI PORTOFERRAIO | 60 | 7 | 4 | 71 |
| <input checked="" type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO "S.MARIA MADDALENA" | 52 | 3 | 6 | 61 |
| <input type="checkbox"/> PRIVATO ACCREDITATO | 341 | 45 | 75 | 461 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA S.CAMILLO | 70 | 31 | 38 | 139 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA S.ZITA | 56 | 4 | 6 | 66 |
| <input checked="" type="checkbox"/> C. DI CURA M.D. BARBANTINI SANTA CHIARA | 45 | 5 | 15 | 65 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA PRIVATA DELLA MISERICORDIA | 44 | 2 | 0 | 46 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CEN. S.MARIA ALLA PINETA F.DON GNOCCHI | 45 | 0 | 0 | 45 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA VILLE DI NOZZANO | 37 | 3 | 0 | 40 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA BARBANTINI | 32 | 0 | 0 | 32 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA VILLA TIRRENA | 12 | 0 | 8 | 20 |
| <input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA SUORE DELL'ADDOLORATA | 0 | 0 | 8 | 8 |
| <input type="checkbox"/> MISTO PUBBLICO-PRIVATO | 84 | 2 | 0 | 86 |
| <input checked="" type="checkbox"/> AUXILIUM VITAE VOLTERRA SPA | 84 | 2 | 0 | 86 |
| Totale | 2593 | 221 | 204 | 3018 |

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Valore pubblico

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

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

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

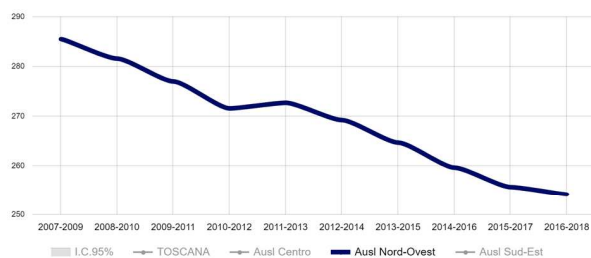
Il territorio è caratterizzato in generale da un buon livello di salute della popolazione, con un progressivo incremento della longevità; del resto l'Italia è uno dei paesi con la più alta speranza di vita alla nascita. Il progressivo miglioramento dello stato di salute della popolazione, pur essendo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

Di seguito si riporta l'andamento negli anni di alcuni indicatori rappresentativi dello stato di salute della popolazione con gli ultimi dati disponibili: la speranza di vita e la mortalità (fonte ARS Toscana). Purtroppo al momento attuale il dato più aggiornato si riferisce al 2018, pertanto non emerge da questi grafici l'impatto del covid.

Mortalità per tumori

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

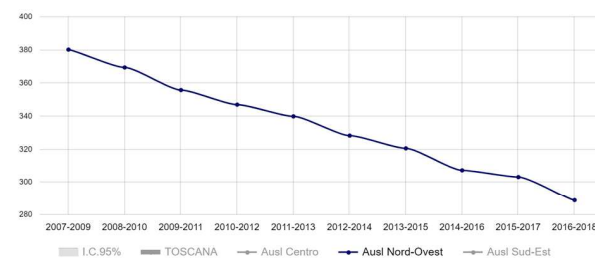
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Tasso standardizzato per età (x 100000) - Totale

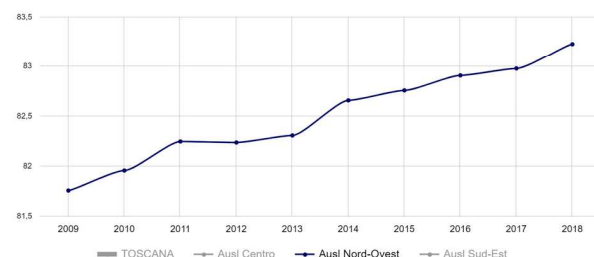
Fonte: ISPO Registro di mortalità regionale (RMR), ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio



Speranza di vita alla nascita

Speranza di vita - Totale

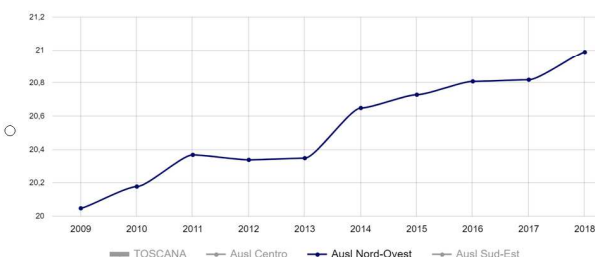
Fonte: ISTAT Popolazione residente in Toscana al 1° gennaio, ISPO Registro di mortalità regionale (RMR)



Speranza di vita a 65 anni

Speranza di vita - Totale

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



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

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

Tali indirizzi sono ripresi e maggiormente dettagliati di seguito.

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

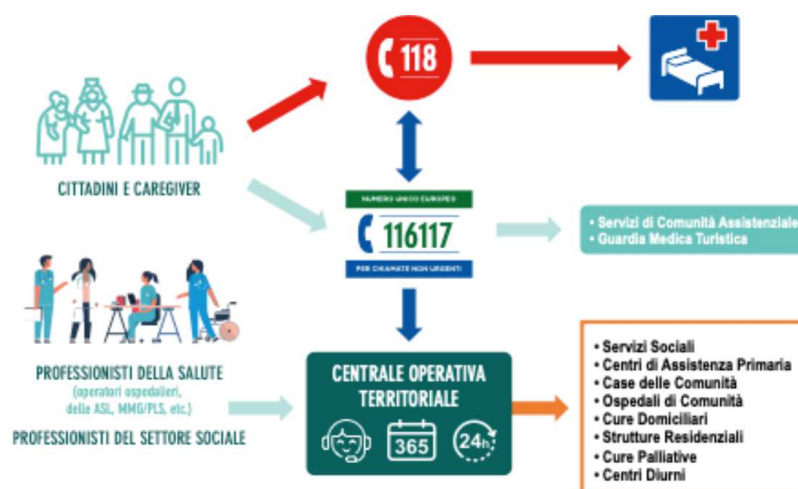
➤ Sostenere il riorientamento del sistema della prevenzione e promozione della salute

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

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

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

La Centrale Operativa Territoriale (COT), come previsto nel DM 77/2022, che definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, è uno strumento organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.



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

E' in corso di definizione il disegno complessivo del modello di funzionamento della centrale e l'analisi della necessità delle infrastrutture tecnologiche, in coerenza con gli indirizzi nazionali regionali (DGR 1508-2022). Sono stati definiti a questo proposito gli interventi nelle singole zone distretto nell'ambito del PNRR, per avere le COT attive entro il 2024.

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

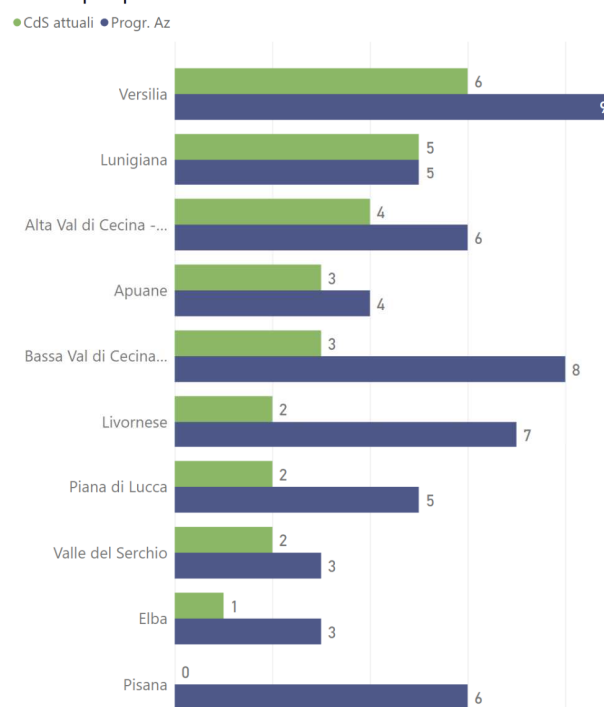
La CdC è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella CdC lavorano in modalità integrata e multidisciplinare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

Sul territorio aziendale al 2 gennaio 2023 sono presenti 28 Case della salute attualmente aperte. Nel 2021 erano 25, ne sono state aperte 3 nelle zone Lunigiana, Valle del Serchio e Livornese. Si prevede di arrivare a 56 strutture: gli interventi finanziati dal PNRR e fondi complementari infatti sono 27, di cui 9 su strutture già esistenti (ampliamenti, ristrutturazioni/cambiamento sede) e 18 su nuove strutture in programmazione. A questi si aggiungono 10 nuove Case della comunità programmate con altre fonti di finanziamento (art.20 etc...). Tali strutture dovranno diventare "case della comunità", con una forte spinta all'integrazione socio sanitaria, e rispondere a precisi standard funzionali indicati nel DM 77 e declinati a livello regionale con la delibera 1508-2022.

Case della salute attuali e programmate

| Zona | CdS attuali | Progr AZ |
|-------------------------------------|-------------|-----------|
| Versilia | 6 | 9 |
| Lunigiana | 5 | 5 |
| Alta Val di Cecina - Val d'Era | 4 | 6 |
| Apuane | 3 | 4 |
| Bassa Val di Cecina - Val di Cornia | 3 | 8 |
| Livornese | 2 | 7 |
| Piana di Lucca | 2 | 5 |
| Valle del Serchio | 2 | 3 |
| Elba | 1 | 3 |
| Pisana | 0 | 6 |
| Totale | 28 | 56 |

N CdS per per Zona



➤ **Potenziare le cure intermedie**

Un'ulteriore misura prevista anche nel PNRR è quella dello sviluppo delle cure intermedie. Le cure intermedie sono un setting di posti letto territoriali destinati al paziente che è in situazione di malattia, non tanto grave da avere necessità di essere ricoverato in ospedale e ancora non è sufficientemente stabilizzato per vivere al proprio domicilio. Sul territorio sono presenti 362 posti letto di cure **intermedie**, per un tasso di circa 0,29 per 1000 ab. Si consideri che per far fronte all'emergenza covid, nel tempo sono stati aumentati i posti letto nelle strutture già esistenti e ne sono stati realizzati nuovi, anche tramite importanti investimenti nel recupero dei vecchi ospedali che non erano più utilizzati, come ad esempio il vecchio ospedale di Massa o di Lucca. La tabella di seguito mostra il numero di posti letto di cure intermedie attivi in azienda al 31 dicembre 2022.

| ZONA | SINTESI ZONA | | | DETTAGLIO PER STRUTTURA | | | |
|-----------------------------------|------------------|------------------|-----------------|-------------------------|---------|-------|----------------------------|
| | POPOLAZIONE | TASSO (*1000 ab) | TOTALE PL/ ZONA | STRUTTURA | SETTING | N. PL | COVID |
| APUANE | 136.805 | 0,41 | 56 | DON GNOCCHI-MASSA | 1 | 12 | |
| | | | | DON GNOCCHI-MASSA | 2 | 8 | |
| | | | | MONOBLOCCO CARRARA | 1 | 20 | |
| | | | | MASSA-VECCHIO OSPEDALE | 2 | 16 | si |
| LUNIGIANA | 51.678 | 0,31 | 16 | DON GNOCCHI-FIVIZZANO | 1 | 16 | |
| VALLE DEL SERCHIO | 53.289 | 0,15 | 8 | LE PIANE | 2 | 8 | |
| PIANA DI LUCCA | 169.146 | 0,38 | 64 | CAMPO DI MARTE | 2 | 46 | si, setting di 28 PL misto |
| | | | | CASA DI CURA BARBANTINI | 1 | 10 | |
| | | | | CASA DI CURA S. ZITA | 1 | 8 | |
| PISANA | 201.192 | 0,35 | 71 | MISERICORDIA-NAVACCHIO | OdC | 27 | |
| | | | | MISERICORDIA-NAVACCHIO | 1 | 24 | |
| | | | | MISERICORDIA-NAVACCHIO | 1 | 20 | |
| ALTA VAL DI CECINA-VALDERA | 138.704 | 0,42 | 58 | BIENTINA | 2 | 40 | si, setting misto |
| | | | | VOLTERRA | 2 | 18 | |
| LIVORNESE | 171.231 | 0,20 | 34 | VILLA TIRRENA-LIVORNO | 1 | 34 | |
| BASSA VAL DI CECINA-VAL DI CORNIA | 134.923 | 0,16 | 21 | CECINA | OdC | 6 | |
| | | | | PIOMBINO | OdC | 15 | |
| ELBA | 31.309 | 0,26 | 8 | PORTOFERRAIO | 2 | 8 | |
| VERSILIA | 160.029 | 0,16 | 26 | CASA DI CURA BARBANTINI | 1 | 18 | |
| | | | | CASA DI CURA S. CAMILLO | 1 | 8 | |
| TOTALE ATNO | 1.248.306 | 0,29 | 362 | | | | |

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

| zone | Comune | Ubicazione | pl realizzati con fondi PNRR |
|-------------------|-----------|--|------------------------------|
| Apuane | Massa | Nuova casa di comunità | 20 |
| Piana di Lucca | Lucca | Campo di Marte padiglione C | 40 |
| Valle del Serchio | Barga | Ospedale | 20 |
| Livornese | Livorno | Nuova casa di comunità nord (Fiorentina) | 20 |
| Livornese | Livorno | Padiglione 5 | 40 |
| Valli Etrusche | Rosignano | Nuova casa della comunità Rosignano | 20 |
| Valli Etrusche | Cecina | Ospedale | 10 |
| Versilia | Viareggio | CdS Tabarracci | 36 |

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

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti, ponendo al centro la persona. La copertura sul territorio, che misura la percentuale di popolazione che può fare riferimento all'IFeC, è passata dal 36,4% nel 2021 a oltre 80% nel 2022. L'obiettivo è quello di estendere progressivamente al 100%.

| Zona | Popolazione residente | Al 31 dic 2022 | | |
|----------------------------|-----------------------|----------------|-------------|------------|
| | | pop coperta | % copertura | n. Ifec |
| LUNIGIANA | 51.976 | 51.976 | 100 | 17 |
| APUANE | 137.860 | 137.860 | 100 | 30 |
| VERSILIA | 160.755 | 160.755 | 100 | 33 |
| PIANA DI LUCCA | 169.405 | 169.405 | 100 | 41 |
| VALLE DEL SERCHIO | 53.797 | 23310 | 43 | 7 |
| VALDERA ALTA VAL DI CECINA | 138.626 | 88.638 | 64 | 30 |
| PISANA | 202.404 | 68.603 | 34 | 17 |
| LIVORNESE | 172.142 | 172.142 | 100 | 38 |
| VALLI ETRUSCHE | 135.517 | 135517 | 100 | 40 |
| ELBA | 31.477 | 18.140 | 58 | 8 |
| Totale | 1.253.959 | 1026346 | 82 | 261 |

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

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

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

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

L'obiettivo è quello di aumentare la capillarità della rete con particolare riferimento alle patologie del first hour quintet (FHT), e omogeneizzare, nel rispetto della normativa vigente, il sistema

sull'intero territorio regionale, al fine di garantire equità di accesso a tutti i cittadini attraverso la creazione di una rete di emergenza territoriale organizzata su più livelli (ambulanze di primo soccorso, ambulanze infermieristiche, ambulanze medicalizzate ed automediche), integrati e coordinati fra di loro. Si tratta di costruire una rete che preveda un mezzo di primo soccorso abilitato BLS (ambulanze con defibrillatore semi-automatico e personale soccorritore abilitato alla defibrillazione), che arrivi sul paziente in 8 minuti nelle località con più di 1.000 abitanti, considerando anche la dislocazione dei mezzi di soccorso con professionisti sanitari.

La Regione Toscana, con le delibere 1424 e 1425 del 2022, ha delineato gli indirizzi per attuare la riorganizzazione della rete di emergenza urgenza, della continuità assistenziale e l'avvio del percorso finalizzato all'attivazione del numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117.

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

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

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

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

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

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

Lo sviluppo della rete dei professionisti parte da un PATTO che deve nascere all'interno delle logiche dipartimentali. Per questo motivo è stato creato un regolamento interno, condiviso anche con le organizzazioni sindacali della dirigenza area sanitaria, per definire le regole di ingaggio dei dirigenti e

sviluppare ed attivare logiche di corresponsabilità tra presidi maggiori e presidi minori. Oltre al patto, attraverso accordi specifici, sono stati identificati, nell'ambito delle valorizzazioni di carriera, strumenti per incentivare il personale dirigente a svolgere la propria attività presso i presidi limitrofi e allo stesso tempo per motivare il personale già assegnato nei presidi minori con finalità di retention.

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

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

➤ **Progetto Proximity Care**

Il progetto Proximity Care, coordinato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca (con un investimento pari a 5 milioni di euro tra 2022 e 2026), prevede il coinvolgimento dell'Azienda Toscana Nord Ovest, della Regione Toscana e della Fondazione Gabriele Monasterio.

L'obiettivo è quello di favorire il miglioramento dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari nelle "aree interne" della provincia di Lucca. Il progetto, in linea con quanto previsto dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) mira a sviluppare "una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunità". Alla base dell'idea progettuale vi è il concetto chiave di "**prossimità al cittadino**", ossia la capacità di garantire in ogni parte del territorio, e quindi anche nelle zone maggiormente remote e lontane dai centri di assistenza, la possibilità di usufruire di servizi di eccellenza che sono normalmente propri dei grandi centri di ricerca e assistenza sanitaria.

Proximity Care deve essere in grado di offrire risposte, intese come best practices, misurabili in termini di efficacia, efficienza, sostenibilità e replicabilità anche in altri territori, che riguardano l'innovazione metodologica e tecnologica, l'attenzione alla centralità del paziente e la multidisciplinarietà nell'approccio. L'ambito di intervento concerne il diritto alla salute, da intendersi nella sua più ampia accezione di benessere sociale, con riguardo all'assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria, così da rendere l'area lucchese un modello di riferimento nel panorama nazionale

Aspetto importante del progetto è il coinvolgimento delle realtà del Terzo settore. È chiaro, infatti, l'obiettivo di creare una rete in grado di coinvolgere tutti gli attori del territorio per migliorare le condizioni di vita di aree ormai cadute nel circolo vizioso dello spopolamento per carenza di servizi.

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

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

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

Incremento offerta:

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

Azioni sull'organizzazione e governo della appropriatezza

- Tavolo di programmazione di area vasta con incontri settimanali e monitoraggi periodici
- Team sul governo dell'appropriatezza prescrittiva
- Team sulla definizione e implementazione dei percorsi
- Centrale operativa per la gestione delle prese in carico

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

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

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

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

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

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

La transizione al digitale è il presupposto indispensabile per garantire servizi innovativi. L'obiettivo è rendere i servizi sempre più a misura di utente, facilitare il lavoro degli operatori e rendere tutto questo più semplice da gestire, informatizzando i processi e digitalizzando i percorsi.

Con questi presupposti, già dall'anno 2020, l'Azienda si è pertanto dotata di un Piano specifico per la Transizione al digitale, consultabile al seguente

indirizzo: <https://www.uslnordovest.toscana.it/amministrazione-trasparente-2/altri-contenuti/6583-piano-aziendale-per-la-transizione-al-digitale>

Proprio nell'ottica della digitalizzazione della Sanità, l'Azienda USL Toscana Nord Ovest ha deciso di mettere in campo le proprie competenze e le proprie soluzioni per consentire di accelerare sulla modernizzazione del sistema sanitario partendo dal **Piano per la Transizione al Digitale**, documento cardine per governare la trasformazione digitale e la costituzione di apposite **Cabine di Regia (CdR)**. Il piano per la Transizione al Digitale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest ha permesso di suddividere e contenere i progetti all'interno di quindici macro-temi. Il piano per la transizione al digitale 2022-2024 descrive il percorso verso la trasformazione digitale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest in risposta ad un contesto esterno che sta cambiando rapidamente e che pone l'Azienda di fronte a nuove sfide e importanti opportunità. L'aggiornamento del Piano rappresenta la naturale evoluzione dei Piani precedenti. Laddove la prima edizione (2020-2022) poneva l'accento sull'introduzione del Modello strategico e sulla sua implementazione, il Piano triennale 2022-2024 è focalizzato sulla realizzazione delle azioni previste e sul monitoraggio dei risultati.

In questo momento storico, non si può prescindere dal menzionare il PNRR, che racchiude e collega molti ambiti tra loro. Il PNRR fa parte del programma europeo noto come Next Generation EU (NGEU) che intende promuovere una robusta ripresa dell'economia europea all'insegna della transizione ecologica, della digitalizzazione, della competitività, della formazione e dell'inclusione sociale, territoriale e di genere. Al centro della Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza ci sono il potenziamento e la diffusione di sistemi di telemedicina per rafforzare il servizio di assistenza territoriale fondato sulla digitalizzazione. L'obiettivo è di promuovere e rendere più efficace l'assistenza di prossimità grazie anche alla connettività performante, per consentire un'effettiva equità di accesso della popolazione alle cure sanitarie e sociosanitarie, definendo standard qualitativi e quantitativi uniformi e contribuendo a potenziare la rete dei servizi distrettuali e a consolidare quella ospedaliera.

La strategia è volta a favorire lo sviluppo di una società digitale, attraverso la digitalizzazione della pubblica amministrazione, che costituisce il motore di sviluppo per tutto il Paese. La strutturazione degli aspetti organizzativi si sintetizza con la funzione della CdR Transizione al Digitale, che si concentra sulla definizione della strategia integrata e coordinata con i principali indirizzi di programmazione aziendali, con la progettazione funzionale dei sistemi e il governo della transizione al digitale, in garanzia della continuità e qualità dei servizi, della sicurezza dei pazienti, della protezione e la conservazione dei dati personali. Sono state, quindi, istituite, al fine di focalizzare azioni ed energie, ulteriori cinque CdR tematiche: Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera, Cartella Socio-Sanitaria Territoriale, Servizi al Cittadino, Telemedicina e Ordini e fatture elettronici. In questo documento è riportato una estrema sintesi dei progetti maggiori.

> Sviluppo della telemedicina

La telemedicina è l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate, contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal DM 77, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute. A livello aziendale è stato costituito un GdL per quanto riguarda lo sviluppo della telemedicina in carcere: l'applicazione, quindi, della teleradiologia in ambito della sanità penitenziaria e la definizione dell'approccio in ambito telemedicina sulla base dei fondi ministeriali effettivamente utilizzabili. L'obiettivo è implementare soluzioni di teleradiologia e progettazione di televisita, teleconsulto, telemonitoraggio per i pazienti dei

penitenziari. Il GdL aziendale si è concentrato nella prima fase sull' isola di Gorgona e sulla Casa di Reclusione di Porto Azzurro.

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

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

Il cittadino deve diventare sempre più partner dell'Amministrazione nella individuazione delle criticità e nella soluzione dei problemi: per questo motivo è sempre più importante la sua centralità, anche attraverso pratiche di ascolto e di valutazione della soddisfazione dei servizi. La buona comunicazione diventa quindi una necessità, uno strumento essenziale per un'Amministrazione efficace, un potente strumento di cambiamento e, nel contempo, un fattore centrale per rendere operanti i diritti di cittadinanza. La comunicazione è anche uno strumento strategico all'interno del processo di miglioramento organizzativo: consente di migliorare i servizi, ricercando sinergie e modalità di lavoro in grado di razionalizzare l'attività degli uffici, aiutandoli a produrre in modo sempre più coordinato ed efficiente. Per fare questo occorre raggiungere un livello di integrazione tra i vari strumenti di comunicazione, interni ed esterni, sempre maggiore, tale da garantire la massima coerenza possibile tra messaggi ed obiettivi.

Un percorso già iniziato in questi anni per migliorare i servizi agli operatori ed ai cittadini è l'Assistente virtuale WhatsApp dell'Azienda Usl Toscana Nord Ovest. Si tratta di uno strumento di chat con cui è possibile ottenere informazioni legate al COVID-19, alle vaccinazioni e non solo. Tale strumento è di facile utilizzo e fornisce, 24 ore su 24, le risposte alle domande più frequenti sull'emergenza Coronavirus e i relativi vaccini nonché i link diretti alle pagine utili per inoltrare specifiche richieste online. Alla conversazione con l'assistente virtuale si può accedere tramite cellulare o tramite PC: i cittadini hanno così l'opportunità di ricevere un primo livello di informazioni in tempo reale, senza dover telefonare o scrivere e-mail. Se le indicazioni ottenute non sono ritenute soddisfacenti, è possibile inoltre chattare con un operatore umano che fornirà ulteriori chiarimenti. Si tratta della prima esperienza in Italia nell'ambito delle Aziende sanitarie locali. Un modo di sperimentare la tecnologia in maniera intelligente, senza sostituire il contatto umano. In questo periodo particolare, la necessità di accesso a canali per la distribuzione di informazioni chiare ed immediate, ha assunto un'importanza primaria. Il progetto si sviluppa nel 2023, su queste tematiche:

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

Nel 2021 sono stati istituiti diversi gruppi di lavoro aziendali per implementare nuovi servizi all'interno del chatbot. Parallelamente, per gestire la piattaforma in autonomia il GdL ha effettuato una formazione ad hoc per inserire contenuti e strutturare lo strumento in maniera dinamica in modo che sia sempre più aggiornato e ricco di contenuti.

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

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

➤ **Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi**

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

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

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

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

dematerializzazione documentale front office: la sperimentazione ha lo scopo di avviare verso percorsi di digitalizzazione l'attività amministrativa degli sportelli di Front Office. Le postazioni di Front Office coinvolte nella sperimentazione saranno dotate di scanner digitali per consentire l'acquisizione in modo veloce e snello di alcuni documenti. La sperimentazione è partita e ha dato i risultati sperati: il consumo di carta è drasticamente diminuito e un altro risultato importante riguarda la conservazione digitale di tali documenti. Il progetto prevede il suo sviluppo definitivo nel 2023.

6. Il consolidamento della rete ospedaliera e nuove opere

➤ Nuovo ospedale di Livorno

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

Alcuni numeri:

- area da destinare alla nuova opera: circa 32.000 mq
- superficie complessiva del nuovo ospedale : circa 65.000 mq
- posti letto: dagli attuali 432 p.l., si passa a circa 508 p.l. con potenziamento di quelli dedicati alle cure intermedie, sulla scorta dell'esperienza della pandemia.
- Costo stimato di quadro economico (QE): € 190.750.000 per la realizzazione della struttura e €54.250.000 per la messa in esercizio del nuovo ospedale, attraverso la dotazione di arredi e attrezzature sanitarie.

Tempi di realizzazione ipotizzati: fine 2028

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

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

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

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

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

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

➤ **Efficientamento energetico**

La transizione ecologica è uno dei pilastri del PNRR e costituisce una direttrice imprescindibile dello sviluppo futuro. Anche alla luce della grande crisi energetica che stiamo attraversando, il tema dell'efficientamento energetico rappresenta un tema prioritario e trasversale, su cui le aziende sanitarie hanno il dovere di fare la propria parte.

Questa importante sfida può essere portata avanti agendo su diverse leve, da un lato, **sensibilizzando il personale** in termini di cultura dell'ecosostenibilità, dall'altro mettendo in atto strategie integrate per **migliorare la produzione energetica e ridurre i consumi**.

Per promuovere un approccio virtuoso l'azienda nei giorni scorsi ha lanciato la campagna di comunicazione "Dai più energia alla salute", per coinvolgere i propri dipendenti rispetto all'uso razionale dell'energia elettrica in uffici, ospedali, laboratori e in tutte le proprie sedi. L'idea della campagna è promuovere dieci comportamenti responsabili per risparmiare energia e aiutare il sistema sanitario diminuendo i costi: un decalogo che prevede il contenimento dei consumi energetici e di cancelleria, in particolare della carta per fotocopiatrici.

Per agire sul versante della produzione e dei consumi invece **l'azienda proseguirà il percorso di miglioramento già intrapreso**, percorso che complessivamente in questi ultimi anni ha portato ad un investimento di oltre 42 MI di cui 25 provenienti dal privato (gara EPC). Questi investimenti hanno permesso un risparmio di 11, 7 MI nel 2022 e circa 8.5 milioni verranno risparmiati nel 2023.

Sono previsti inoltre a partire dal 2023 nuovi interventi per un costo di circa 1,9 milioni, che già per l'anno in corso produrranno un beneficio economico di oltre 800 mila euro.

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

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

A) un sistema per garantire la trasparenza dei percorsi e la tutela dei pazienti e per favorire la partecipazione dei cittadini e delle Comunità; Il sistema vede tra i principali attori il Dipartimento Staff della Direzione Aziendale, la UOC "Governo delle Relazioni con il Pubblico, della Partecipazione e dell'Accoglienza", la Commissione Mista Conciliativa, il Comitato Aziendale di Partecipazione oltre che il Responsabile Aziendale Trasparenza.

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

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

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

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

OSSERVATORIO PREMS. L'azienda pone grande attenzione al coinvolgimento dei cittadini nella valutazione dei servizi che offre, con l'obiettivo di affrontare la grande sfida della pubblica amministrazione, che consiste nel mettere realmente al centro i bisogni del cittadino e superare definitivamente l'autoreferenzialità. Aderisce infatti all'Osservatorio PREMS (Patient Reported Experience Measures), cioè la rilevazione sistematica dell'esperienza riportata dai pazienti in regime di ricovero ordinario. L'indagine è promossa dalla Regione Toscana e dall'Azienda USL Toscana nord ovest e viene realizzata in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Laboratorio MeS). Lo strumento è digitale, fortemente innovativo e permette di aprire un canale di comunicazione diretto e continuo con i pazienti.

Come elemento di trasparenza l'Azienda, ha inoltre scelto di rendere pubblici in tempo reale sul proprio sito istituzionale il grado di soddisfazione complessivo dei pazienti ricoverati. <https://www.uslnordovest.toscana.it/213-ospedali/prems/5898-prems-ricoveri>

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

Ad oggi sono coinvolti i seguenti 9 ospedali: Apuane, Lucca, Pontedera, Viareggio, Livorno, Cecina, Piombino, Portoferraio e Castelnuovo. Grazie alla diffusione della cartella clinica informatizzata, sarà possibile estendere questo fondamentale strumento a tutti gli ospedali. Le valutazioni dei pazienti sono nel complesso molto positive: alla domanda *“Come valuta complessivamente l'assistenza ricevuta in reparto?”*, nel 2022 più del 90% dei pazienti ha infatti dato un giudizio assai positivo, in particolare circa il 29% ha attribuito una valutazione buona e circa il 63% ottima.

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

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

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

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

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

B) Governare i requisiti e degli standard di qualità

REQUISITI DI ESERCIZIO. Tra i principali obiettivi: la gestione ai sensi della L51/2009 del rientro nell'ordinario in seguito alla cessazione dello stato di emergenza da COVID-19 di tutte le strutture e le aree sanitarie temporanee attivate dall'azienda in deroga ai requisiti autorizzativi e di accreditamento (ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18); il completamento delle attività per la verifica dell'adeguamento ai nuovi requisiti previsti dal regolamento n. 79/R/2016 come modificato dal DPGR n.90/R del 16/09/2020; la verifica

dell'adeguamento ai requisiti specifici di tutte le strutture afferenti alle seguenti reti aziendali: cure palliative (HOSPICE); salute mentale (CSM, SPDC e strutture residenziali); dipendenze (SERD e comunità terapeutiche); punti nascita; ambulatori odontoiatria; cure intermedie e ambulatori della continuità assistenziale e case della salute

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO. Nel 2023-2025 si prevede un ulteriore consolidamento e sviluppo del nostro sistema di autovalutazione tramite il sistema informativo Pandora, autovalutazione tesa a verificare che i comportamenti dei professionisti (*requisiti di processo*) che concorrono alla erogazione dei processi sanitari siano allineati a quelli attesi e raccomandati (*standard*). Si prevede di passare dalla revisione della documentazione clinica alla revisione sistematica dei "casi". La revisione della documentazione clinica sarà effettuata contestualmente in tutti i setting coinvolti sui casi "complessi" selezionati sulla base di criteri predefiniti in grado di garantire la valutazione di tutti i parametri "critici" per la qualità e sicurezza individuati dal Sistema Sanitario Regionale. L'elaborazione dei dati che ricostruiscono l'intero percorso compiuto dal paziente nei servizi ospedalieri e territoriali aziendali sarà quindi discussa in ciascun ambito territoriale (presidi ospedalieri/zone distretto di riferimento) attraverso audit sistematici, in modo da offrire a tutti i responsabili coinvolti l'opportunità di condividere insieme le azioni da intraprendere per migliorare la tempestività, l'appropriatezza e la continuità delle cure.

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

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

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

Nel triennio 2020-2022 le priorità hanno riguardato l'applicazione delle nuove norme e delle evidenze emergenti in merito alla prevenzione, gestione e trattamento del Covid, nonché il supporto alle strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali per la prevenzione e gestione del rischio da Covid nei pazienti fragili; quindi il supporto all'organizzazione e gestione della campagna vaccinale anti Covid, mediante il riadattamento e l'applicazione degli elementi di sicurezza tratti da Raccomandazioni Ministeriali e Pratiche per la Sicurezza dei Pazienti, insieme all'identificazione ed analisi dei casi di possibile evento e reazione avversa in cooperazione con la farmacovigilanza.

Dopo il primo anno di pandemia, sono state inoltre riattivate le priorità per temi rilevanti per la sicurezza dei pazienti, come la prevenzione del suicidio nei pazienti ricoverati, la prevenzione e gestione della contenzione, la prevenzione delle cadute dei pazienti ricoverati. Sono stati inoltre riavviati i programmi per la prevenzione delle infezioni da micro-organismi multi-resistenti, la sicurezza trasfusionale, la gestione del rischio associato ai dispositivi impiantabili, la prevenzione delle aggressioni, l'integrazione della sicurezza nella transizione al digitale e nei percorsi assistenziali delle patologie croniche e tempo-dipendenti.

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

Per il 2023 si prevede di proseguire con il mantenimento e lo sviluppo delle azioni per la convivenza con la pandemia nella fase post-emergenziale, presidiando ed aggiornando gli elementi di qualità e sicurezza nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie. Nel triennio 2023-2025 l'obiettivo è il pieno sviluppo delle attività istituzionali per la sicurezza dei pazienti, rafforzando le azioni volte alla prevenzione dei rischi per i pazienti fragili e per la prevenzione delle infezioni, all'integrazione della sicurezza nei percorsi assistenziali e nella transizione al digitale, all'innovazione delle modalità di lavoro cooperativo online ed in presenza, in particolare con l'estensione del programma di formazione mediante simulazione di scenari critici.

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

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

Obiettivi specifici sono quelli di:

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

8. Lo sviluppo del capitale umano

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

➤ Nuove competenze, formazione

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

- il Patto per l'Innovazione del Lavoro Pubblico e la Coesione Sociale 2021, laddove prevede che "(...) la formazione e la riqualificazione del personale debba assumere centralità quale diritto soggettivo del dipendente pubblico e rango di investimento organizzativo, (...) andando a definire politiche formative di ampio respiro in grado di rispondere alle mutate esigenze delle Amministrazioni Pubbliche, garantendo percorsi formativi specifici con particolare riferimento al miglioramento delle competenze informatiche e digitali e di specifiche competenze avanzate (...)";
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, adottato dal Governo italiano in data 25 aprile 2020, che alla Missione 6 "Sanita" - Componente "Innovazione, Ricerca e Digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale" - fissa l'obiettivo del "(...) potenziamento delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario (...)"
- il Piano Pandemico 2021-2023, che afferma la funzione cardine della formazione nella preparazione ad una emergenza pandemica influenzale, perché permette di potenziare conoscenze e competenze tecnico-scientifiche in momenti non emergenziali, formando contestualmente risorse mobilizzabili in fase pandemica;
- il Programma regionale di sviluppo 2021-2025, adottato dalla Giunta regionale in data 26 aprile 2021, che tra le linee di sviluppo regionali dell' Area 6 Salute espressamente rinnova l'importanza della centralità delle risorse umane, pilastro strategico di un sistema sanitario che deve essere capace di dispiegare con efficacia una pluralità di competenze multidisciplinari, di natura tecnico professionale, gestionale, digitale e personale .

Allo scopo di sostenere la formazione continua del personale e far sì che questa accompagni le politiche e le strategie aziendali, la AUSL Toscana Nord Ovest definisce annualmente la rilevazione dei bisogni, la programmazione, organizzazione e gestione delle attività formative nel Piano Annuale di Formazione, in conformità alle disposizioni regionali ed in particolare alla DGRT n° 1306 del 21/11/2022. "Determinazioni in materia di Educazione Continua in Medicina (ECM) della Regione Toscana", che definisce in modo organico il quadro della programmazione regionale in materia di formazione continua

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

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

Orientato agli obiettivi, in quanto in tutte le fasi viene richiesto di assicurare la coerenza con il quadro della programmazione aziendale e regionale, anche attraverso la riconduzione di ogni Evento ad almeno uno degli obiettivi aziendali, intendendo con essi gli 8 macro indirizzi, e relativi obiettivi, definiti dalla programmazione triennale (PIAO).

Nel periodo del Covid la modalità abituale di pianificazione e realizzazione della Formazione Aziendale è stata profondamente modificata. In particolare nel mix di metodologie formative hanno assunto rilevanza tutti gli strumenti legati alla formazione a distanza, sincrona ed asincrona, tramite piattaforme digitali. Al tempo stesso si è capito più profondamente quanto per alcuni obiettivi formativi sia irrinunciabile la parte “in presenza”, con un forte investimento in corso sulla metodica della “Formazione in Simulazione”; inoltre il periodo della emergenza Covid ha certamente modificato la cultura organizzativa aziendale verso una maggiore consapevolezza di quanto sia importante la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà per fornire un'assistenza di qualità.

Il Piano Annuale di Formazione del 2023, approvato con la Deliberazione del Direttore Generale n. xx del 23.12.2022 è articolato su 829 Eventi articolati in 3.919 Edizioni, che sviluppano globalmente oltre 630.00 ore/discente. I destinatari del Piano sono in modo specifico tutti i Dipendenti con obbligo ECM (10.300 circa), tutti i Dipendenti senza obbligo ECM (3.850 circa) e tutti i Convenzionati con obbligo ECM (1.200 circa).

Obiettivo aziendale è realizzare almeno il 70% degli eventi programmati e coinvolgere fattivamente (corsi conclusi) almeno il 70% del personale. Nel triennio l'Azienda intende elevare progressivamente tale obiettivo.

➤ **Modelli innovativi di organizzazione del lavoro**

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

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

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

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

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

L'applicazione del lavoro agile "costringe" l'azienda e le sue diramazioni aziendali a ripensare il modello organizzativo, mappare le attività anche in funzione di rendere più autonomi nell'ottica della crescita professionale i propri collaboratori. L'applicazione del regolamento e la sua effettiva implementazione consentirà anche lo sviluppo della cultura organizzativa, rafforzando i percorsi di change management e di delega per i responsabili e allo stesso tempo aumentando le competenze dei lavoratori coinvolti. Il CCNL 2019/2021 - entrato in vigore dal 2 novembre 2022 - del personale del comparto ha regolamentato il lavoro agile prevedendo da parte dell'azienda l'adozione di un aggiornamento del regolamento attuativo, che sarà presentato ai Sindacati nel mese di gennaio. Si prevede successivamente la pubblicazione dei bandi per l'accesso da parte dei dipendenti a questa forma di lavoro in maniera stabile e strutturata, avendo individuato e mappato le attività che possono essere svolte in maniera asincrona.

➤ **Pari opportunità e equilibrio di genere**

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

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

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

- Il Rafforzamento dello Sportello di ascolto
- L'analisi dei punti di forza e di debolezza del lavoro agile come strumento di conciliazione vita- lavoro e sviluppo di modelli organizzativi più flessibili

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

In linea con il Piano di uguaglianza di Genere (**Gender Equality Plan, GEP**) adottato dal Ministero della Salute si prevede per il biennio 2023-2024 l'adozione del piano di eguaglianza di genere aziendale, dando impulso alla conciliazione dei tempi di vita privata e di lavoro e cultura dell'organizzazione, all'uguaglianza di genere nella leadership e nei processi decisionali e nei processi di reclutamento e nella crescita professionale, attuando strategie interne positive (denominato precedentemente "Piano delle azioni Positive") ed integrate, che generano benessere totale, operativo ed organizzativo, ambientale e sociale, eco-sostenibile e sanitario, e da ultimo, ma non meno importante, valore pubblico. Il tutto anche tramite le seguenti azioni :

- La proroga e/o ampliamento, compatibilmente con le esigenze organizzative dell'Azienda, misure relative a forme di flessibilità dell'orario e delle modalità di lavoro, con particolare riferimento all'articolazione dell'orario di servizio, forme di rapporto di lavoro parziale, Lavoro Agile (smart working) e Telelavoro focalizzandosi in modo particolare sulle esigenze di conciliazione e equilibrio vita lavoro, dando maggior attenzione a chi ha carichi di cura.
- Elaborazione di un Regolamento riguardante le "**Carriere ALIAS**" utile a promuovere e aumentare la sensibilità della Comunità Aziendale sul tema dell'identità di genere. Il dispositivo della "carriera Alias", cioè di un'identità alternativa temporanea, che permette di sostituire il nome anagrafico con quello adottato, fino alla rettifica anagrafica ufficiale, si colloca nell'ambito della tutela dei diritti fondamentali e incontra il bisogno di garantire condizioni in cui il riconoscimento dell'identità di genere è fattore dirimente rispetto al benessere e alla qualità di studio e di lavoro. Tale strumento è finalizzato a garantire ambienti inclusivi e rispettosi delle differenze, anche in tema di identità di genere, al fine di promuovere il benessere fisico, psicologico e relazionale delle persone che studiano e lavorano.
- Progettazione e realizzazione di una apposita sezione sul sito aziendale che offra una panoramica sulle iniziative, azioni e servizi dell'Azienda che promuovono l'uguaglianza di genere. All'interno di tale sezione, saranno inseriti oltre al GEP, tutti i documenti ufficiali dell'Azienda rilevanti per le policies di genere. Raccolta e mappatura delle azioni di prevenzione della salute, con particolare attenzione alla medicina di genere, presenti sul territorio

Il CUG intende pertanto proseguire nel percorso di integrazione, nel rispetto delle reciproche funzioni e competenze, con il dipartimento delle risorse umane, l'organismo indipendente di valutazione (OIV) e altri settori aziendali/gruppi di lavoro istituiti, per assicurare la tutela degli operatori nel suo complesso, anche contro il fenomeno delle aggressioni nei confronti degli operatori in sanità. Richiamando infine gli obiettivi di formazione sulle materie di pertinenza del Comitato per la diffusione di una cultura di genere, nel corso dell'anno 2022 è stato promosso un corso FAD costruito con la collaborazione della agenzia formativa regionale la cui fruizione continuerà anche nel corso del 2023.

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

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

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

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

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

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

Performance

- **La pianificazione triennale**

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

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

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

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

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

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

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

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

- **La programmazione annuale**

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

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

Per il 2023 la Regione ha assegnato gli obiettivi alle aziende, strutturandoli in aree di intervento, che contengono indicatori specifici e target di riferimento, come mostra la tabella di seguito. L'Azienda recepisce le indicazioni regionali nell'ambito della propria programmazione annuale.

Ambiti e pesature degli obiettivi regionali 2023

| | AREE | Descrizione | AUSL |
|----|--|--|------------|
| 1 | PERFORMANCE E RIDUZIONE DELLA VARIABILITA' | Sono inseriti gli indicatori di valutazione del bersaglio analizzando: posizionamento \geq 3, miglioramento (%indicatori migliorati e variabilità per le AUSL) | 15 |
| 2 | NSG CORE | Valutazione dei 22 indicatori Core NSG | 10 |
| 3 | ESITI | Valutazione degli esiti monitorati tramite PROSE-PNE | 5 |
| 4 | FARMACEUTICA | Valutazione del raggiungimento di specifici indicatori individuati dal settore regionale | 15 |
| 5 | ONCOLOGIA E FINE VITA | Valutazione degli indicatori di percorso | 5 |
| 6 | RICERCA (SOLO AOU-ISPRO e FM) | Indicatori di produttività scientifica e di indicatori previsti dal settore regionale | |
| 7 | RESPONSIVENESS NELL'AMBULATORIALE E TEMPESTIVITA' PER GLI INTERVENTI CHIRURGICI PRIORITARI | Valutazione dell'indice di cattura e degli indicatori di tempestività previsti nel PRGLA e PNGLA | 10 |
| 8 | MONITORAGGIO PERSONALE | Implementazione dei centri di responsabilità nel flusso RFC180, rispetto del monitoraggio e partecipazione a rilevazioni extracontabili | 15 |
| 9 | SANITA' DIGITALE | Implementazione di applicativi regionali e rispetto dell'invio e qualità dei flussi regionali | 10 |
| 10 | IMPLEMENTAZIONE PNRR | Rispetto dei piani sottoscritti - settori regionali competenti | 15 |
| 11 | COORDINAMENTO RETE | Incontri periodici con i referenti dei percorsi e riduzione della variabilità regionale nella performance | |
| 12 | GESTIONE DEL MAGAZZINO | Rispetto delle soglie indicate per la gestione dei magazzini centrali e periferici (Estar e aziende) | |
| | Totale | | 100 |

Per quanto riguarda il **contesto economico**, ossia le risorse disponibili, al momento della stesura del presente documento non sono ancora disponibili le linee di indirizzo per il bilancio di previsione 2023-2025.

Gli effetti dell'emergenza COVID 19 continuano ad influenzare gli andamenti economici aziendali, pertanto la costruzione del Bilancio di previsione dovrà tenerne conto. Sebbene in assenza delle linee di indirizzo anzidette, la particolare congiuntura economica nazionale e internazionale impone particolare attenzione al proseguimento delle azioni di razionalizzazione dei costi e miglioramento dell'efficienza organizzativa.

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

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

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

L'azienda ha individuato nel sistema di budget lo strumento fondamentale che permette di **calare gli indirizzi strategici con un meccanismo a cascata, dalla Direzione Generale al singolo operatore,**

articolando e focalizzando i contenuti operativi rispetto al contesto territoriale in **un percorso il più possibile condiviso**.

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

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

Attualmente nell'Azienda USL Toscana nord ovest ci sono **oltre 400 Centri di Responsabilità** con relative schede budget. Il dettaglio delle strutture e soggetti coinvolti, degli indicatori specifici e dei rispettivi target sono riportati nelle Schede Budget, consultabili tramite sezione dedicata sul sito intranet aziendale (IGEA). Per i tempi e modi dell'assegnazione degli obiettivi e delle fasi di negoziazione di budget l'azienda ha formalizzato **una apposita procedura aziendale**.

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

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

I Dipartimenti e tutte le articolazioni aziendali sanitarie, sociali, tecnico-amministrative e dello staff sono titolari di scheda di budget e perciò inserite nel processo di valutazione dei risultati. L'andamento degli obiettivi di budget viene verificato a livello aziendale mediante:

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

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

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

E' importante sottolineare come budget, programmazione e bilancio di previsione siano in diretta relazione, costituendo ognuno un diverso livello di aggregazione oppure un diverso ambito di osservazione, ma basati tutti sulle medesime linee strategiche aziendali. Le misure annuali di tali

obiettivi sono formalizzate dall'azienda nell'ambito del **processo di budget** e vengono rendicontate annualmente nella **Relazione sulla Performance**, consultabile sul sito aziendale.

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

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

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

L'assegnazione degli obiettivi tramite GO! riguarda tutti i dipendenti, del comparto e della dirigenza, ognuno secondo il livello di responsabilità attribuito e non riguarda invece i dirigenti responsabili o direttori titolari di una scheda di budget perché, in questo caso, gli obiettivi individuali coincidono con quelli della struttura. **Più è elevato il livello di responsabilità, più la dimensione della misurazione degli obiettivi avrà un peso maggiore rispetto alla valutazione dei comportamenti organizzativi e delle competenze.**

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

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

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

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

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

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

In linea con le indicazioni della funzione pubblica è stata introdotta una ulteriore Procedura di conciliazione che vede coinvolto l'organismo indipendente di Valutazione (OIV).

L'OIV ha il compito di attivare eventuali procedure di conciliazione su richiesta del valutato e a valle della conclusione del processo come strumento di garanzia per il valutato in ottica di prevenzione di eventuali contenziosi. La procedura di conciliazione ha lo scopo di analizzare i fatti e formulare ai due soggetti (valutato e valutatore) una proposta di conciliazione che cerca di tener conto delle posizioni di entrambe le parti e delle risultanze degli atti e della documentazione sottoposta al suo esame. In sede di conciliazione non vi è, pertanto, alcuna riformulazione unilaterale del giudizio (come può avvenire invece nella valutazione di II istanza) bensì una mera proposta che le parti sono libere di accettare o meno.

Rischi corruttivi e trasparenza

Analisi del contesto

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

La situazione di emergenza ha avuto importanti ricadute sulle organizzazioni aziendali che sono state riviste in modo da rispondere all'emergenza con modalità di espletamento del lavoro anche con ricorso allo smart working, attualmente in fase di ridefinizione per le Pubbliche Amministrazione, sulla base delle nuova tornata di contrattazione collettiva.

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

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

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

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

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

Tale quadro impone la necessità di rafforzare i controlli, sempre necessari in condizioni normali, ma ancor più essenziali in momenti dove l'emergenza sanitaria, prima, e le esigenze legate all'attuazione del PNRR, poi, hanno determinato un incremento nell'erogazione dei servizi e nella gestione delle risorse, con un aumento del rischio legato alle necessità di ricorrere a procedure di urgenza e straordinarie.

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

I dati a disposizione, anche relativi all'attività espletata dalla Sezione regionale della Corte dei Conti, hanno inoltre costituito, per il livello aziendale, gli indirizzi per una migliore cura degli interessi collettivi, indicando gli strumenti per evitare la reiterazione di illeciti e provvedere alla corretta gestione e tutela dei beni pubblici e delle risorse affidate ai pubblici funzionari: a tal fine l'Azienda USL Toscana nord ovest ha adottato l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, prevedendo regole circa l'utilizzo di comportamenti eco-responsabili, il richiamo alle disposizioni antiriciclaggio e le modalità di corretto utilizzo degli strumenti web evidenziando il riflesso che i comportamenti dei dipendenti del Servizio Sanitario Toscano possono avere sulla propria reputazione personale e professionale e, di conseguenza, per l'Azienda per cui si lavora, contribuendo a minarne la fiducia da parte dei cittadini: per questa ultima parte si è ritenuto di avere dato attuazione alle disposizioni del Decreto Legge n. 36/2022 che prevede nell'ambito dei codici aziendali una sezione dedicata al corretto utilizzo dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione.

Le pronunce concernenti le Amministrazioni pubbliche regionali registrano complessivamente, peraltro, e non solo relativamente ai social media, un significativo numero di sentenze di condanna per le ipotesi di danno all'immagine, in particolare quale conseguenza di condanne definitive per reati contro la Pubblica Amministrazione.

Le sentenze depositate ed i giudizi attivati in tema di danno all'immagine attengono in particolare:

- a danni non patrimoniali conseguenti alla commissione di reati contro la Pubblica Amministrazione di cui al Capo I, Titolo II, Libro II del codice penale, accertati con sentenza definitiva di condanna, in particolare per peculato, corruzione, concussione ed abuso d'ufficio;
- a sentenze relative a condotte assenteistiche, anche in assenza di una condanna penale che non è richiesta nei casi previsti dall'art. 55 quinquies del Decreto legislativo n. 165 del 2001, volto a sanzionare l'assenteismo fraudolento nel pubblico impiego;

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

Le pronunce dei giudici regionali hanno preso in considerazione anche i danni erariali sia in forma diretta sia in forma indiretta, ovvero i danni arrecati ai pazienti con condotte censurate di diversa natura: alcune tra queste hanno riguardato l'effettuazione di visite specialistiche a pagamento, in regime di intramoenia, senza emettere fattura o rilasciando ricevuta su bollettari non aziendali, con conseguente sottrazione all'Azienda Sanitaria delle relative entrate, richiamando la giurisprudenza della Cassazione, univoca nel configurare in tali casi il delitto di peculato, in quanto il medico che svolge attività intramoenia acquisisce qualifica pubblicistica, e come tale deve rispondere di peculato qualora si appropri delle somme ricevute in ragione del suo ufficio, omettendo di corrispondere la

percentuale spettante all'azienda: le azioni previste nel triennio riguardano la tendenziale eliminazione dei 'bollettari' come modalità di pagamento e la verifica tramite controlli incrociati e sull'effettiva causalizzazione. Più in generale, la tendenziale eliminazione della possibilità di pagamento tramite contanti e le modalità ormai diffuse presso tutte le strutture aziendali di pagamento tramite pos o altri modelli automatizzati di pagamento per le prestazioni sanitarie consente di eliminare anche i rischi connessi, evidenziati anche nel citato Rapporto sui fenomeni di criminalità organizzata e corruzione per l'anno 2021.

Nell'ambito regionale nel quale l'Azienda USL si trova ad operare è stato creato un coordinamento tra gli Enti del Servizio Sanitario regionale che mettono in comune le esperienze fatte allo scopo di favorire lo sviluppo di sistemi condivisi di gestione del rischio, puntando al rafforzamento delle misure e delle azioni di prevenzione: con Deliberazione RT n. 1065 del 2 novembre 2016 è stata strutturata la rete dei RPCT aziendali che ha sviluppato una discussione partecipata ed esperta nella prevenzione delle criticità, la realizzazione di modelli comuni e la condivisione di buone prassi, definendo regole e modalità di azioni comuni per:

- mappatura del rischio anticorruzione - analisi dei processi a rischio e approfondimento delle aree comuni e di modelli omogenei di lavoro per l'emersione del rischio.
- codice di comportamento - proposta dei Codici attualmente adottati e diffusione di linee guida per la redazione di una policy aziendale per gli strumenti web.
- Rotazione ordinaria del personale – adozione di un regolamento comune

Il Coordinamento ha, altresì, individuato i temi che per la complessità normativa, ai fini di una discussione congiunta e per la opportunità di interpretazione comune, richiedono una valutazione unitaria e sono da definire nell'anno 2023:

- Inconferibilità ed incompatibilità di incarichi e le modalità di applicazione del D.Lgs. 39/2013 alle Aziende Sanitarie in base alle Delibere ANAC e conflitti di interesse: adozione da parte degli Enti del SSR del regolamento aziendale a seguito della redazione condivisa in ambito di coordinamento

- formazione aziendale per i dipendenti: elaborazione di FAD specifica e aggiornata.

- Obblighi di pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati in attuazione della Delibera ANAC 468/2021 e obblighi di pubblicazione degli atti in Amministrazione Trasparente ed in Albo Pretorio on line.

- *Pantouflage*: condivisione delle misure da inserire nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Contesto interno

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

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

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

Lo svolgimento dei compiti istituzionali è garantito attraverso le strutture organizzative professionali e funzionali descritte all'interno del PIAO, a cui sono attribuiti gli obiettivi e che garantiscono il collegamento tra assistenza sanitaria e territoriale e tra assistenza sanitaria e sociale.

Le disposizioni regionali, poi, indicano i Dipartimenti come lo strumento organizzativo ordinario di gestione delle Aziende USL quali garanti del raggiungimento degli obiettivi assegnati, nonché del corretto svolgimento delle funzioni di governo clinico e dei percorsi ed esiti socio assistenziali e di tutela della salute collettiva e, in ambito tecnico-amministrativo e legale, della gestione ed equilibrio del budget e delle procedure e dei risultati di gestione delle attività di supporto e di quelle professionali. La valutazione del rischio corruttivo in ambito aziendale, oltre che per le Aree di rischio indicate nell'allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione, è stata quindi rappresentata - nell'allegato al PIAO aziendale - a livello dipartimentale.

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

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

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

La dimensione territoriale dell'Azienda USL Toscana nord ovest, in cui sono confluite le Aziende Sanitarie precedentemente presenti nella parte nord ovest della Toscana, e la complessità organizzativa descritta ha fatto sì che le funzioni in materia di anticorruzione e trasparenza siano attualmente affidate a due distinte figure di Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e Responsabile aziendale per la trasparenza, recentemente confermati con Deliberazione n. 1127 del 30 novembre 2022.

Il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione ricopre altresì la carica di gestore aziendale antiriciclaggio: l'Azienda ha inteso così privilegiare nella nomina i profili di connessione nella gestione delle attività e nell'attuazione degli strumenti, a garanzia della prevenzione del rischio.

Il sostituto del Responsabile per la prevenzione della corruzione aziendale - in caso di temporanea o improvvisa assenza - è la Responsabile Trasparenza.

L'ufficio di supporto è attualmente affidato alla posizione organizzativa Consulenza giuridica e supporto in materia di anticorruzione e trasparenza all'interno della UOC Coordinamento delle funzioni tecnico amministrative dei Dipartimenti Sanitari e funzioni trasversali dello Staff della Direzione Aziendale.

Ad integrazione, per il supporto ai Responsabili PCT, è stata creata una rete di referenti individuati all'interno dei Dipartimenti, Zone/Distretto e Rete Ospedaliera, indicati con Deliberazione n. 999 del 21 novembre 2019, con gli specifici compiti di garantire l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruzione e l'attuazione delle relative misure; - partecipare all'attuazione dei controlli e al monitoraggio circa l'efficacia delle misure; indicare per i settori interessati al rischio corruzione i percorsi di formazione più idonei; svolgere attività informativa nei confronti dei Responsabili aziendale per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza, in modo che gli stessi abbiano maggiori elementi e riscontri sull'organizzazione e l'attività dell'amministrazione, portando in particolare a conoscenza, in maniera tempestiva, eventuali fatti corruttivi tentati o realizzati nel settore di competenza di cui sono venuti a conoscenza; inviare al responsabile anticorruzione una Relazione semestrale (al 30 giugno e al 31 dicembre) sui controlli effettuati e l'attività svolta con eventuali proposte e suggerimenti.

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

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

Gestione del rischio

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

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

La formazione ha un ruolo centrale per la diffusione e la conoscenza dei temi dell'etica e della legalità per tutti i soggetti che, a vario titolo, partecipano alla creazione e attuazione delle misure, ed è prevista per l'anno 2023 differenziata per ruoli e in relazione alle attività svolte, anche ai fini dello sviluppo delle conoscenze ed in attuazione del Decreto 36/2022.

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

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

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

Contratti pubblici

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

Acquisizione e gestione del personale.

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

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

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

In capo al Dipartimento è stato posto come obiettivo l'inserimento della dizione, nelle comunicazioni di collocamento a riposo dei dipendenti, che i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi e negoziali non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari

dell'attività: questo al fine di rendere chiara la previsione di legge onde evitare comportamenti illegittimi successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro; per l'anno 2023 saranno valutate le modalità per acquisire, al momento della cessazione dal servizio, una dichiarazione di impegni in tal senso da parte dei dipendenti collocati a riposo.

In attuazione anche di quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione approvato da ANAC con Deliberazione n. 7 del 17 gennaio 2023, il Regolamento aziendale sulla gestione del conflitto di interessi in corso di adozione prevede l'inserimento nei bandi di gara della previsione della condizione che il soggetto privato partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione dell'art. 53 co. 16-ter del D.Lgs. 165/2001; analoga previsione è prevista per tutti gli altri contratti di qualsiasi tipologia stipulati dall'Azienda.

Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio.

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

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

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

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

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

Analogamente i controlli sono stati previsti nell'ambito della libera professione intramuraria sia attraverso l'Unità Operativa Libera professione prestazioni extra impiego e progetti incentivanti sia attraverso controlli incrociati con le Direzioni Ospedaliere di Presidio; nell'ambito del Dipartimento Servizi Ospedalieri in particolare per il privato accreditato; attraverso le Zone Distretto relativamente ai provvedimenti di concessione contributi; nell'ambito delle attività dei Comitati Gestione Sinistri, è stata poi inserita una parte dedicata alle attività del Comitato Unico Aziendale delle Tutele, che prevede due controlli a semestre.

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

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

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

Il Regolamento della Commissione Multidisciplinare di vigilanza sulle strutture residenziali e semiresidenziali che erogano interventi sociali e ad integrazione socio-sanitaria è stato recentemente aggiornato relativamente a:

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

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

Incarichi e nomine.

Le dichiarazioni relative a inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, l'aggiornamento e presenza sul sito delle dichiarazioni sono effettuate dal Responsabile dei Rapporti Istituzionali e Gestione Documentale Atti nell'ambito del Dipartimento Servizi Generali relativamente alla Direzione Aziendale, ai Direttori di Zona Distretto ed agli specialisti convenzionati; mentre per quanto riguarda i Dirigenti aziendali la competenza è del Dipartimento Risorse Umane; è attualmente in corso di approvazione il Regolamento aziendale sulla base della elaborazione in seno al Coordinamento regionale RPCT.

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

È stato già detto - nell'ambito delle attività relative alle risorse umane - del Regolamento per il conferimento degli incarichi di funzione con il quale è stato disciplinato il procedimento di assegnazione degli incarichi, siano essi di organizzazione o professionali, istituiti nei ruoli sanitario tecnico amministrativo e professionale che richiedono lo svolgimento di funzioni con elevata responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse, a tutela della legalità e della trasparenza.

Nel corso dell'anno 2023 verrà data attuazione al Regolamento aziendale sulla disciplina delle incompatibilità e svolgimento incarichi extraistituzionali in ASLTno, approvato con deliberazione n. 1194 del 23 dicembre 2022.

Affari Legali e contenzioso.

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

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

Attività Libero professionale.

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

Liste di attesa

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

Rapporti con soggetti erogatori.

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

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

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

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

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

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

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

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

Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

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

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

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

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

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

Nell'anno 2022 si è proceduto all'aggiornamento dei documenti e delle procedure del sistema aziendale di prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, ed in particolare :

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

Mentre per la gestione della segnalazione illeciti il Regolamento aziendale è stato modificato a seguito delle Linee guida ANAC Delibera 469/2021 con le integrazioni relative ai soggetti destinatari

delle tutele e complessivamente per quanto riguarda le modalità e i termini di gestione delle segnalazioni.

Per l'anno 2023 è in previsione l'adozione - in attuazione delle modalità condivise in ambito di Coordinamento regionale - di apposito atto per la gestione dei conflitti di interesse e delle incompatibilità; mentre è già stato approvato il Regolamento aziendale per la rotazione incarichi che definisce i casi, le modalità ed i tempi della rotazione ordinaria indicando, ove non sia possibile applicare la misura per carenza di personale o per elevato contenuto tecnico, le scelte organizzative ovvero le altre misure di natura preventiva con effetto analogo si intende adottare.

Monitoraggio

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

Con riferimento alle attività a più alto rischio, a comportamenti scorretti e alla individuazione di conflitti di interesse sono previsti in particolare:

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

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

Sezione programma della trasparenza

1) Premessa : la trasparenza

L'art. 1, comma 1, del D. Lgs. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", innovava ed ampliava il concetto di trasparenza nella pubblica amministrazione, in particolare orientando l'attenzione verso la pubblicazione di un set di dati obbligatori sul Portale della trasparenza. E' con il D.Lgs. 97/2016 che il concetto di trasparenza si ribalta nel concetto di accessibilità dei documenti. Strumento principe di questa nuova accezione è l'"accesso civico generalizzato", parallelo al precedente "accesso semplice", ma ben più esteso e dunque esercitabile relativamente ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

Questo diramarsi dei percorsi porta a due canali di informazione a disposizione dei cittadini:

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

Solo con il pieno e progressivo utilizzo di questi strumenti e in un'ottica di miglioramento continuo, la trasparenza si colloca a pieno titolo nel percorso virtuoso di creazione del Valore pubblico.

1.1 Il Portale della trasparenza

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

Le linee guida ANAC e la relativa griglia allegata, che sostituisce quella prevista dalla Delibera n.50/2013, all' All. 1 Errata Corrige, tracciano il quadro di dettaglio degli obblighi informativi, fermo restando che ulteriori obblighi sono rinvenibili in successive leggi o normative di settore. A tal fine, ed in linea con le indicazioni del Piano Nazionale anticorruzione, si allega l'elenco degli obblighi informativi, dei relativi responsabili della detenzione del dato, pubblicazione, aggiornamento, cancellazione (intesa come sottrazione alla pubblicazione) nonché tempistica degli aggiornamenti e delle verifiche

Sono pertanto presenti, e continuano ad essere implementate, all'interno del Portale nuove sezioni o sottosezioni, originariamente non previste nella griglia ANAC, quali: censimento autovetture, attività di risarcimento danni, dati relativi ai rapporti di finanziamento ad operatori sanitari ed al codice di trasparenza Efpia, dati relativi agli specialisti ambulatoriali, la cui pubblicazione è prevista nel relativo A.C.N. ed in ultimo le donazioni per l'Emergenza COVID. La necessità di monitorare ancora con maggiore attenzione i progetti attuativi del PNRR ha necessitato l'integrazione del portale con ulteriori settori dedicati, secondo le indicazioni ANAC.

1.2 Accesso civico semplice

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

1.3 Accesso civico generalizzato

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

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

L'evoluzione normativa rappresentata dal D.Lgs 97/2016 sembra quindi tracciare un percorso di crescita della trasparenza, che continua a basare la propria ragion d'essere sulla generale necessità del perseguimento degli obiettivi di legalità, sviluppo della cultura dell'integrità ed etica pubblica,

nonché di buona gestione delle risorse pubbliche, ma utilizzando forme di comunicazione sempre più concrete e mature.

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

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

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

La competenza a decidere se accogliere o meno la richiesta di accesso generalizzato è attribuita all'ufficio che detiene i dati o i documenti richiesti. Tuttavia, l'azienda USL ha stabilito che il supporto nell'esame e nelle decisioni in materia di accesso generalizzato sia in capo ad un unico ufficio (UOC Rapporti Istituzionali) che, ai fini istruttori, dialoga con gli uffici e le articolazioni aziendali che detengono i dati richiesti. Tale ufficio supporta le strutture interessate per tutte le tipologie di accesso, in vero non sempre chiaramente delineate dai richiedenti: semplice, generalizzato, documentale, accesso agli atti. Tale ufficio detiene la competenza per la gestione ed aggiornamento del registro degli accessi provvedendo alla relativa pubblicazione. Particolare attenzione viene posta all'individuazione di eventuali controinteressati predisponendo le opportune comunicazioni.

Il portale aziendale, consente a chiunque di prendere visione del regolamento dell'accesso. Sul portale della trasparenza è altresì scaricabile la modulistica predisposta per facilitare l'accesso semplice e quello generalizzato

2) Campo di applicazione

Il presente programma triennale per la trasparenza e l'integrità è applicato a tutte le Strutture organizzative dell'Azienda USL Toscana nord ovest. Alcune sezioni possono essere oggetto di link per i portali della trasparenza delle società della Salute insistenti sul territorio.

3) Soggetti interessati

L'integrazione del programma della trasparenza nel PIAO rafforza il concetto di completa contestualizzazione della trasparenza in tutta l'attività aziendale. Risulta difficile pertanto una individuazione specifica in una materia tanto pervasiva nell'attività aziendale ed oltremodo orientata ad una completa integrazione con il PIAO. Si identificano tuttavia specificatamente:

- Il Direttore Generale quale soggetto individuato all'adozione del PIAO
- il Responsabile aziendale della prevenzione della Corruzione ed il Responsabile Aziendale della Trasparenza. Tale scelta consente peraltro la reciproca nomina quale Sostituti nelle relative funzioni per i casi di impedimento o assenza
- tutti gli estensori del PIAO ed in particolare i componenti del Gruppo di lavoro formalmente individuato dalla Direzione
- i Referenti e i Referenti per l'adempimento di cui alla L. 190 formalmente individuati con deliberazione 990/2019 (ne è previsto l'aggiornamento nel corso del 2023)
- tutti i dirigenti individuati nell'allegato degli obblighi di pubblicazione, gestione dei dati e gestione delle sezioni di competenza come riportati nell'allegato

4) Ambiente

Il programma triennale della trasparenza, già sezione del Piano triennale della prevenzione e corruzione che a sua volta, a partire dal 2022, viene integrato nel PIAO e pertanto ne segue tempistica e modalità di pubblicazione.

5) Aggiornamento e pubblicazione del piano

Il PIAO 2022-2024 ha avviato un importante percorso di integrazione del piano di prevenzione e corruzione e programma della trasparenza in un documento di maggior respiro quale il PIAO.

Il presente PIAO 2023- 2025 consolida tale integrazione e dedica la sottosezione "I Rischi corruttivi e trasparenza" alle tematiche. Il documento completo sarà pubblicato sul sito istituzionale entro il 31 gennaio 2023

6) Obiettivi del programma della trasparenza

Le azioni programmatiche del presente programma sono pensate in una logica di prevenzione della corruzione, ritenendo la trasparenza il primo strumento di prevenzione. In particolare la chiarezza e la completezza della pubblicazione dei dati costituiscono il primo pilastro per la costruzione di sistema di prevenzione, perché solo attraverso piena cognizione dei processi si può avere una concreta ed efficace consapevolezza dei rischi. La trasparenza pensata in un contesto di ampio respiro come il PIAO acquisisce un valore che supera il mero obbligo normativo, e diviene occasione di crescita per una organizzazione trasparente. La pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico, possono dunque collocarsi in un'ottica di "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance.

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

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

omogeneità, con la necessità di confrontarsi con realtà molto articolate e connesse alle specificità territoriali, quali le Zone e le Società della Salute ove presenti.

La maggior parte degli obblighi di pubblicazione prevede la permanenza delle informazioni sul portale per cinque anni a partire dal primo giorno dell'anno successivo a quello della pubblicazione. Compiuto il termine di permanenza sul portale dei dati relativi alle confluite aziende, che vedevano sul portale spazi dedicati alle vecchie realtà territoriali, si conferma l'obbligo della loro conservazione per eventuali accessi civici. Resta confermata l'attenzione alla corretta gestione dei dati pubblicati che prevede di sottrarre alla pubblicazione i documenti per i quali sia spirato il termine (solitamente di 5 anni, ma con termini diversificati per gli incarichi) di permanenza sul portale. All'inizio di ogni anno, o comunque nel rispetto delle scadenze specifiche, sarà cura dei responsabili del dato e della pubblicazione procedere a tale cernita.

Si evidenzia, come ogni anno, che la dimensione dell'organizzazione impone un costante e progressivo lavoro di informatizzazione dei flussi. Questa progettualità resta ancora per alcuni aspetti critica, ed è per questo che si conferma e si rinnova l'impegno per una sempre maggiore sensibilizzazione da parte dell'azienda su questi aspetti. Gli obiettivi di accessibilità e informatizzazione, già rappresentati, in altra parte del presente Piano favoriranno comunque una maggiore facilità di reperimento delle informazioni, facilitata anche dall'utilizzo di formati adeguati e sempre più orientati alla gestione del dato

7) Principali novità del piano

Il presente programma 2023-2025 si propone di migliorare e completare i percorsi informativi, in un'ottica di assoluta integrazione nell'ambito del PIAO ed intende cogliere le opportunità che il PNRR offre alle pubbliche amministrazioni, valorizzando ogni aspetto della crescita e dello sviluppo delle stesse, in un contesto di trasparenza ed eticità.

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

Si conferma pertanto l'ambizioso obiettivo cioè quello di **"far vivere"** la trasparenza con pienezza in ogni ambito dell'azienda.

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

8) Il monitoraggio ed il monitoraggio degli anni precedenti

E' stato avviato come previsto nel Piano 2020-2022, e prosegue nel presente triennio, un programma di monitoraggio degli obiettivi e degli obblighi di pubblicazione. Tale obiettivo si realizza anche attraverso la diffusione a livello di tutti i Dipartimenti aziendali destinatari degli adempimenti in materia di una Check list a cadenza semestrale, finalizzata a monitorare e certificare periodicamente lo stato delle pubblicazioni e l'avanzamento degli obiettivi dedicati alla trasparenza.

Le azioni vengono altresì monitorate nell'ambito del monitoraggio degli obiettivi anticorruzione, anch'esso a scadenza semestrale.

Il monitoraggio risulta un buono strumento di dialogo con le strutture e consente di mantenere viva l'attenzione sulle tematiche in quanto, unitamente ai controlli effettuati sul portale si propone di favorire l'intercettazione di eventuali criticità, mantenendo costante e diretto il rapporto con le strutture.

Gli obiettivi dell'anno precedente erano stati improntati particolarmente alle seguenti tematiche

- conflitto di interessi: l'obiettivo è stato declinato su varie strutture e mirava ad attenzionare le tematiche a tutti i livelli sia operativi che gestionali e di direzione. In particolare si è cercato di introdurre sia nelle fasi endoprocedurali sia negli atti finali formule di assunzione di responsabilità sulla assenza del conflitto di interesse. Le strutture pur con qualche distinguo stanno favorendo questo percorso di trasparenza. Importante risultato è stato ottenuto nell'ambito dell'acquisizione delle dichiarazioni sul conflitto di interesse nell'assunzione di consulenti e collaboratori

- regolamento degli accessi: l'adozione e la diffusione dei regolamenti medesimi anche in questo campo si registra una progressiva adesione che senza dubbio denota una specifica attenzione alla tematica ed una progressiva diffusione di una maggiore cultura della trasparenza.

- diffusione del codice etico: l'adeguamento del codice aveva ispirato gli obiettivi dedicati alla sua diffusione. L'attenzione si è incentrata non solo sul personale dipendente, ma anche sui soggetti che a vario titolo operano per l'azienda. Si osserva che nei contratti con il privato accreditato si è sistematicamente diffusa la conoscenza del codice attraverso il richiamo in tutti i nuovi contratti.

- regolamentazione dei procedimenti: Si registrano ancora alcune criticità per gli obiettivi che richiamano ad una dettagliata regolamentazione dei procedimenti. Il respiro triennale del piano consentirà uno sviluppo di tale progettualità, registrando un progressivo miglioramento. Si confermano per il triennio e si ripropongono nei prossimi programmi tutte quelle misure volte a dare evidenza e standardizzazione alle varie fasi dei procedimenti.

8) AZIONI

8.1. Le pubblicazioni: Manutenzione del portale

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

Si era reso necessario mantenere nel nuovo sito Aziendale la visibilità dei "vecchi" portali Aziendali delle singole aziende confluite, che se non più alimentabili, dovevano rimanere visibili e accessibili. Allo spirare del termine si è raggiunto l'obiettivo del superamento di tali pubblicazioni, e quindi della semplificazione del portale, i cui contenuti sono pur sempre disponibili all'accesso civico.

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

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

8.2 Le pubblicazioni: la manutenzione evolutiva

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

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

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

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

La Responsabilità della detenzione, trasmissione, pubblicazione e cancellazione dei dati è assegnata ai direttori di U.O. come individuati dai Responsabili di Dipartimento, Area, staff, Zona, ciascuno in funzione della propria competenza. Ove i Responsabili di Dipartimento, Area, staff, Zona non provvedano, dandone comunicazione al Responsabile della trasparenza, a tale individuazione, la responsabilità rimane automaticamente in capo ai medesimi.

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

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

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

Stante la complessità dell'azienda, la fluidità delle competenze relativa ai processi di riorganizzazione tuttora in corso, nonché il carattere evolutivo della normativa sulla trasparenza, per tutti gli obblighi informativi comunque previsti dalla vigente normativa, od eventualmente istituiti successivamente alla stesura del presente programma, i Dirigenti responsabili e titolari del dato sono considerati direttamente responsabili anche della gestione, trasmissione, pubblicazione, aggiornamento e rimozione dei flussi informativi. Ove, per la generalità dell'adempimento od in mancanza di soggetto titolare, al momento della stesura del presente programma, non sia stato ancora possibile individuare un soggetto fisico preposto, viene individuata la struttura competente. In caso di cessazione del titolare l'obbligo si trasferisce direttamente, senza necessità di atti integrativi, sul nuovo titolare o sul f.f. Resta in tal caso l'obbligo da parte del nuovo titolare di comunicare la variazione al Responsabile della trasparenza o all'ufficio di supporto, e di richiedere le nuove

credenziali di accesso al portale. L'aggiornamento costante dell'organigramma aziendale, direttamente raggiungibile anche dal portale della trasparenza facilita peraltro una lineare individuazione del Responsabile del dato.

I Responsabili sono titolari dell'obbligo informativo dei dati di propria competenza e ne garantiscono la completezza, esattezza, tempestività e regolare disponibilità; verificano inoltre che le informazioni ed i flussi di loro competenza rispettino la vigente normativa in tema di privacy. La pubblicazione dei flussi è di diretta competenza dei Responsabili dei dati, che hanno accesso diretto al portale con credenziali che autorizzano l'inserimento e la modifica delle informazioni.

8.4. Le pubblicazioni: Trasparenza e corretta gestione del dato

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

E' prioritaria in tal senso la già sperimentata e apprezzata collaborazione con il Data Manager Aziendale.

8.5 Le pubblicazioni: Informatizzazione dei flussi

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

Organigramma aziendale: è uno strumento informatico gestito direttamente dall'Ufficio Personale che permette di far conoscere nel dettaglio l'organizzazione dell'Azienda in tutte le proprie strutture, ospedaliere, territoriali e di prevenzione. Il valore aggiunto di tale implementazione è l'aggiornamento in tempo reale a disposizione di tutta l'utenza.

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

Gare e contratti in corso di espletamento:

L'adempimento di cui alla L. 190/2012 si rileva particolarmente gravoso in una azienda delle dimensioni della ASL Toscana nord ovest. L'Azienda, coerentemente alle indicazioni del gruppo regionale dei responsabili della PCT, si avvale dell'applicativo SITAT 190 per l'assolvimento dell'obbligo di cui alla L. 190/2012 in collaborazione con l'Osservatorio Regionale dei contratti della Regione Toscana. Si consolida pertanto l'utilizzo di uno strumento dedicato alle pubblicazioni di cui alla L. 190/2012, implementato precedentemente solo in via sperimentale che rende disponibile una reportistica che incrocia in maniera informatizzata i dati del SW contabile lato CE4 con quelli lato magazzino GE4. Il risultato è un file riepilogativo dei CIG da pubblicare nel 190 con le informazioni anagrafiche necessarie e con il dato complessivo dell'importo per CIG. Tale adempimento nel corso del triennio risulterà ulteriormente e progressivamente ampliato in conseguenza dell'applicazione delle recenti linee guida ANAC sulla tracciabilità dei flussi. Allargando la platea dei contratti soggetti a CIG (seppur semplificato nella forma dello smart CIG a prescindere dal valore) anche al terzo settore, al privato accreditato e al settore termale di fatto allarga i confini dell'originario adempimento della L. 190/2012.

Si conferma anche per il 2023–2025 l'individuazione, per ciascuna struttura interna soggetta all'obbligo di pubblicazione, di un referente. Nel corso degli anni si è rilevata infatti una criticità nella diffusione delle informazioni tra tutti gli operatori. L'Attività di questo gruppo di lavoro è mirata a

facilitare i rapporti con le singole strutture e a permettere un approccio diretto alle problematiche inerenti la pubblicazione. Nell'ambito della sezione dedicata all'informatizzazione preme segnalare:

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

8.7. Diffusione della cultura della trasparenza

Fermo restando l'impegno profuso per la corretta gestione degli obblighi informativi da una parte e dell'accesso generalizzato dall'altra, l'Azienda ritiene di proporre ulteriori azioni che favoriscano la diffusione della cultura della trasparenza, nella piena e condivisa consapevolezza che la trasparenza non si esaurisce nell'accesso e nella corretta tenuta del portale, ma deve divenire un elemento condiviso e diffuso, non solo tra i dipendenti dell'Azienda USL Toscana nordovest, ma anche tra tutti i soggetti che operano con e per l'azienda. Nel corso del triennio 2023/2025 dovrà proseguire l'attività formativa volta ai seguenti ambiti:

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

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

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

9)Conflitto di interessi: Proseguirà nel corso del prossimo triennio la sensibilizzazione sulla tematica

E' in fase di adozione il nuovo regolamento sul conflitto di interessi e pantouflage, elaborato dal Gruppo regionale dei RPCT, cui sarà data la massima trasparenza sia sul portale che attraverso azioni formative e di diffusione dei contenuti.

L'azione formativa/informativa intende focalizzare, nei settori specifici , l'attenzione sia sugli aspetti formali (modalità di formulazione delle dichiarazioni, modulistica ecc.) sia su quelli sostanziali, esplicitando ad una platea di dirigenti e funzionari l'estensione del concetto e l'importanza dell'individuazione di tutte le situazioni, anche potenziali di conflitto. Il concetto di interesse, anche potenziale, deve pertanto essere sviluppato non solo a livello di dirigenza, ma anche in un collaborativo confronto con tutti i soggetti che, a diverso titolo ed a vario livello di responsabilità, si trovano a gestire ogni giorno le varie attività dell'Azienda.

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

E' stata altresì declinata negli obiettivi la gestione del pantouflage, attraverso una capillare azione informativa al personale in cessazione.

10) Vivere la trasparenza

10.1 Vivere la trasparenza in azienda

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

Il Comitato di partecipazione

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

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

La corruzione, a tutti i livelli, trova un terreno maggiormente fertile là dove convivono situazioni di malessere, mancato riconoscimento del merito, demotivazione, poca trasparenza e discriminazioni.

In tale contesto il CUG può assumere un ruolo nel complesso sistema del contrasto alla corruzione all'interno delle Amministrazioni pubbliche e nei rapporti che queste instaurano con l'esterno, siano esse altre amministrazioni pubbliche, aziende private e utenza. Infatti, il CUG proprio in quanto soggetto promotore di un'efficace cultura dell'etica, della trasparenza, della valorizzazione del merito, del contrasto alle discriminazioni, può (e deve) avere un ruolo nella prevenzione della corruzione.

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

10.2 Giornata della trasparenza

Per il triennio considerato, l'Azienda prevede di dedicare un apposito spazio alle tematiche della trasparenza, legalità, autocorrezione, integrità. Considerata la collocazione della materia nell'ambito del PIAO, si ritiene, in linea con le positive esperienze degli ultimi due anni, di arricchire la giornata con i contenuti del presente programma ed interventi in tema di diffusione del PIAO stesso, transizione digitale, pari opportunità, accesso, con particolare attenzione alla piena integrazione del piano della performance.

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

Si auspica, anche per la Giornata della Trasparenza, di tornare ad una modalità di realizzazione "dal vivo" che consenta una più diretta interazione tra i soggetti.

10.3 Uso corretto degli strumenti web

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

10.4) Trasparenza e qualità

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

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

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

Nel corso del presente programma si è ritenuto, anche nell'ambito della certificazione delle procedure di qualità, di superare il dualismo anticorruzione e trasparenza. È stata pertanto completata la riscrittura e certificazione di una unica procedura che valorizzi l'unicità di intenti. La medesima procedura, nel corso del triennio, sarà nuovamente oggetto di revisione, alla luce della sempre più completa e matura integrazione dell'anticorruzione e trasparenza nell'ambito del PIAO.

11) Obiettivo trasparenza

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

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

Particolare attenzione nell'assegnazione degli obiettivi è stata orientata, anche in relazione alle recenti indicazioni ANAC a:

- tracciabilità dei flussi anche nel terzo settore
- adempimenti specifici per i progetti PNRR
- pantouflage

12) i Focus

Convinti della necessità di approfondimenti per i ciascun ambito di attività, ma consapevoli anche che la dimensione aziendale rende tale compito assolutamente arduo, anche in relazione alle risorse disponibili, si condivide con il Responsabile della prevenzione della corruzione la necessità di affrontare attraverso “FOCUS” specifici le problematiche dei singoli ambiti di attività. Si ripropongono per l’anno 2023-2025, risentendo ancora dello slittamento della tempistica a causa dell’emergenza, i focus già identificati:

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

- il rapporto tra la pubblicazione dei dati sui portali delle società della salute e la pubblicazione dei dati aziendali
- i contributi e i vantaggi economici erogati. In tale ambito si intendono rafforzare gli obiettivi di trasparenza evidenziando ai vari responsabili le novità introdotte dalla recente deliberazione anac n. 468 del 16 giugno 2021.
- la regolamentazione delle erogazioni e la pubblicazione dei criteri
- tracciabilità dei flussi

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Struttura organizzativa

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

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

L'organizzazione funzionale è articolata in:

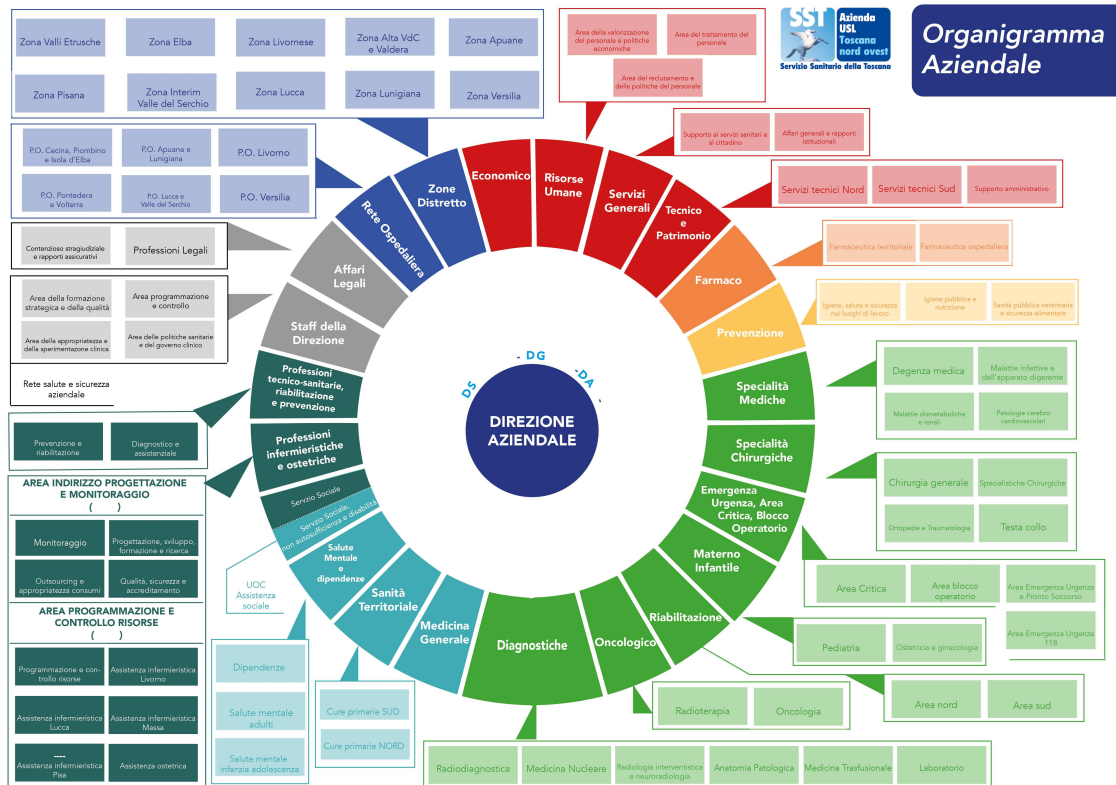
- *Zone-distretto e/o SdS*
- *Rete ospedaliera e presidi ospedalieri*
- *Dipartimenti assistenziali, tecnico -amministrativi, di staff e professionali*
- *Aree omogenee*
- *Unità funzionali territoriali*

L'organizzazione professionale è articolata in:

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

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

A seguire si rappresenta l'organigramma aziendale:



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

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

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

| DIPARTIMENTO | NR. INCARICHI FUNZIONALI |
|---|--------------------------|
| DIREZIONE GENERALE | 4 |
| RETE DELLA SALUTE E SICUREZZA AZIENDALE | 3 |
| STAFF DIREZIONE | 40 |
| DIPARTIMENTO AFFARI LEGALI | 11 |
| DIPARTIMENTO ECONOMICO | 26 |
| DIPARTIMENTO RISORSE UMANE | 26 |
| DIPARTIMENTO SERVIZI GENERALI | 48 |
| DIPARTIMENTO TECNICO E DEL PATRIMONIO | 26 |
| DIPARTIMENTO DEL SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA' | 5 |
| ZONE PARTE AMMINISTRATIVA | 59 |
| ZONE PARTE SOCIALE | |
| DIP.PROFESSIONI INF.CHE ED OSTETRICHE | 345 |
| DIP. PROFESSIONI TECNICO SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE | 160 |
| TOTALI | 754 |

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

| NR. INCARICHI FUNZIONALI | GRADUAZIONE |
|--------------------------|-------------|
| 10 | 4.000,00 |
| 106 | 4.029,00 |
| 250 | 4.130,00 |
| 31 | 4.430,00 |
| 41 | 5.062,00 |
| 55 | 6.130,00 |
| 68 | 7.130,00 |
| 40 | 8.180,00 |
| 34 | 9.200,00 |
| 58 | 10.226,00 |
| 42 | 10.930,00 |
| 14 | 11.930,00 |
| 5 | 12.930,00 |

Organizzazione del lavoro agile

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

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

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

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

Nel corso del mese di novembre 2021 l'Azienda ha organizzato un corso di change management per implementare le competenze gestionali (delega, capacità di lavorare per obiettivi, etc.) rivolto ai direttori e al personale del comparto con incarico funzionale che gestirà personale in lavoro agile. Nel corso del 2023 verrà organizzato un corso specifico per i dipendenti che accedono alla modalità di lavoro agile per sviluppare non solo competenze informatiche ma anche competenze in materia di tensione al risultato, autonomia decisione con la specifica finalità di modificare il concetto passando dalla prestazione al lavoro per obiettivi.

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

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

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

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

Piano triennale dei fabbisogni di personale

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

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

Tra le principali novità introdotte dal decreto legislativo d.lgs n. 75 del 2017, si cita la previsione per l'Azienda e per ciascuna amministrazione di indicare la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati, con le modalità di reclutamento volte a

soddisfare i medesimi, non più sulle piante organiche per reclutare le professionalità che servono necessarie al miglioramento dei servizi; l'integrazione nell'ambiente di lavoro delle persone con disabilità attraverso l'istituzione di una consulta nazionale e di un responsabile aziendale nei processi d'inserimento; la previsione di un regime transitorio per il superamento del precariato, la definizione dei rapporti con le OO.SS. al fine di assicurare la semplificazione amministrativa.

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, in particolare, in primis, coordina le azioni dei processi di mobilità (interna ed esterna) e di reclutamento di personale; valuta, inoltre, eventuali progressioni tra le aree o le categorie rivolte al personale in servizio, ai sensi dell'art. 22, comma 15 del D.Lgs. 75 del 2017. Dopo questa prima analisi sulla possibilità di porre in essere interventi di revisione organizzativa, il PTFP indica le scelte da operare rispetto al reclutamento di personale e le procedure di "stabilizzazione" previste dal D.Lgs 75/2017, dall' art. 1 comma 268 della L. 234 del 31/12/2021 (Legge di Bilancio 2022) e rinnovellato nell'art. 1 comma 528 della L.197 del 29/12/2022 (Legge di Bilancio 2023);

La Giunta Regionale Toscana con deliberazione n.700 del 20/06/2022 ha fornito alle Aziende ed Enti del SSR indicazioni sulla predisposizioni dei PTFP, precisando che gli stessi dovranno poi essere trasmessi all'Amministrazione regionale per l'approvazione e con Delibera della GRT n. 1270 del 14.11.2022 la Regione Toscana ha approvato i Piani Triennali di Fabbisogno di personale delle Aziende e degli Enti del SSR per il triennio 2022-2024, tra cui quello di questa Azienda Usl Toscana Nord Ovest

Il PTFP per il triennio 2022/2024 approvato con Deliberazione n. 1186 del 23/12/2022 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 ha svolto 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 2022 raggruppata per profilo professionale.

| A | Dipendenti a tempo indeterminato | | | | | | | | | Dipendenti a tempo determinato | | | | | | | | |
|--|---|---------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|--------------|----------------|----------------------------------|-------------------------------------|---|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|-------------|----------------|----------------------------------|--|
| | B | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | |
| Personale | N. Dipendenti a tempo indeterminato al 31.12.2021 | di cui C.F.I. | 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 - D + E) | di cui FIDAS | di cui CARCERI | di cui PROGETT O REGIONAL E CAVE | di cui trasf. da Bolina di Volturno | N. Dipendenti a tempo determinato al 31.12.2021 | N. Dipendenti a tempo determinato al 31.12.2022 | N. Cessazioni 1.1.2022/31.12.2022 | N. Assunzioni 1.1.2022/31.12.2022 | N. lavoratori con contratto di formazione e lavoro al 31.12.2022 | di cui RBMS | di cui CARCERI | di cui PROGETT O REGIONAL E CAVE | |
| Dirigenti medici | 2.219 | 0 | 172 | 123 | 2.170 | 3 | 2 | 0 | 0 | 19 | 20 | 23 | 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Dirigenti veterinari | 66 | 0 | 7 | 0 | 59 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Dirigenti sanitari | 234 | 0 | 16 | 17 | 235 | 1 | 1 | 0 | 0 | 17 | 14 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Dirigenti professionisti sanitarie | 17 | 0 | 2 | 5 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Dirigenti ruoli professionali e tecnico | 36 | 0 | 4 | 5 | 37 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 7 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Dirigenti ruolo amministrativo | 51 | 0 | 3 | 0 | 48 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Infermieri | 5.610 | 0 | 321 | 347 | 5.636 | 26 | 63 | 0 | 0 | 296 | 148 | 157 | 9 | 0 | 2 | 3 | 0 | |
| Altro personale comparto ruolo sanitario | 1.752 | 0 | 115 | 109 | 1.746 | 11 | 0 | 0 | 0 | 71 | 42 | 40 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Operatori socio sanitari | 1.946 | 0 | 102 | 117 | 1.961 | 16 | 3 | 0 | 0 | 77 | 79 | 60 | 62 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Altro pers. comparto ruolo prof. Ia e Ica/Ic/Ica | 704 | 8 | 57 | 45 | 692 | 1 | 0 | 0 | 2 | 47 | 41 | 26 | 20 | 2 | 0 | 0 | 0 | |
| Personale comparto ruolo amministrativo | 1.018 | 0 | 73 | 62 | 1.007 | 0 | 0 | 0 | 2 | 25 | 20 | 12 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTALE (dirigenti + comparto) | 13.653 | 8 | 872 | 830 | 13.611 | 58 | 69 | 0 | 4 | 555 | 367 | 323 | 135 | 2 | 2 | 3 | 0 | |
| | | | | | | | | | | 131 | pntr. For | | 369 | | | | 5 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | (di cui n. 2 contratti formaz. lavoro) |

Il piano triennale del fabbisogno si inserisce a valle dell'attività di programmazione complessivamente intesa e, coerentemente ad essa, è finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese. Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali che servono all'Azienda si può ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e si perseguono al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività. La programmazione e la definizione del proprio bisogno di risorse umane, in correlazione con i risultati da raggiungere, in termini di prodotti, servizi, nonché di cambiamento dei modelli organizzativi, permette di distribuire la capacità assunzionale in base alle priorità strategiche.

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

- capacità assunzionale calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa che gli Enti del Servizio Sanitario concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, garantendo che la spesa del personale resta quella stabilita dal D.L. 35/2019 (c.d. Calabria), ma la percentuale da utilizzare come parametro di calcolo per l'incremento annuo aumenta strutturalmente dal 5 al 10%. In sintesi: la spesa del personale non può superare il valore della spesa sostenuta nel 2018 (oppure, se più elevata, quella del 2004 - 1,4%), incrementata annualmente a livello regionale di un importo pari al 10% del Fondo Sanitario Regionale rispetto all'esercizio precedente.
- valutare il trend delle cessazioni sia per quanto riguarda i pensionamenti che le cessazioni volontarie;
- l'evoluzione dei bisogni assunzionali legati sia alla digitalizzazione dei processi che all'inserimento di personale qualificato;
- l'attivazione e l'importanza della Employee Onboarding Experience, cioè introdurre i nuovi assunti e spiegare loro tutte quelle che sono le loro responsabilità, nonché cosa l'Azienda si aspetta e aspetterà da loro, creando un percorso di inserimento chiaro e trasparente in modo di mantenere alto il livello di entusiasmo e produttività;

- la corretta programmazione delle risorse consente ai responsabili di pianificare la delega delle attività tenendo conto delle competenze, della disponibilità e della capacità dei dipendenti e la corretta pianificazione evita l'assunzione di nuovi talenti inutilmente, concentrandosi invece sull'utilizzo ottimale del capitale umano disponibile;
- l'Azienda ritiene strategico investire sul proprio personale sia nella direzione di potenziamento delle risorse e della loro qualificazione sia affinché possa essere accresciuto il livello di benessere organizzativo.
- l'introduzione del lavoro flessibile durante la fase emergenziale ha portato, tra i benefici, la riduzione del turnover, un netto miglioramento dell'equilibrio tra vita professionale e privata ed infine il mantenimento della performance.

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

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

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

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

- è stato dato impulso alle esigenze del personale di poter operare in ambiti più confacenti alla propria formazione culturale e professionale nonché alla propria situazione familiare, con ciò operando una sintesi tra esigenze di miglioramento dei servizi ed esigenze del singolo attraverso processi di mobilità interna, ancora in atto.
- è stata prevista una riqualificazione del personale mediante meccanismi di progressione verticale;
- è adottata la strategia di job enlargement per interessare, motivare e coinvolgere il personale attraverso la progettazione delle funzioni che puntano su un ampliamento delle stesse;
- sono applicate le mobilità in/out, le assegnazioni temporanee in/out, le mobilità a compensazione nonché i comandi ed i distacchi in/out;
- tra le scelte da operare rispetto al reclutamento sono previste selezioni per coperture temporanee/supplenze, concorsi e procedure di "stabilizzazione" previste dal D.Lgs 75/2017, dall' art. 1 comma 268 della L. 234 del 31/12/2021 e rinnovato nell'art. 1 comma 528 della L.197 del 29/12/2022;

Formazione del personale

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

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

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

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

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

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

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

MONITORAGGIO

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

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

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

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

Lo strumento di monitoraggio del Piano, con gli obiettivi da raggiungere e il set di indicatori indicatori monitorati è dettagliato nell' allegato 2.

Come descritto nel paragrafo dedicato alla performance, l'azienda utilizza il processo di budget per l'assegnazione, il monitoraggio e la verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi annuali.

Gli obiettivi e indicatori che fanno parte del budget sono numerosi, molto articolati e l'azienda rendiconta annualmente mediante la Relazione sulla performance quanto sono stati raggiunti. Il sistema di monitoraggio del PIAO riportato nell'allegato 2 valorizza in un'ottica strategica di medio periodo una selezione dei principali indirizzi aziendali.

ALLEGATI

Allegato 1: personale per ruolo e genere

Allegato 2: sistema di monitoraggio del PIAO

Allegato 3: obblighi di pubblicazione e mappatura processi_anticorruzione e trasparenza

Allegato 4: Piano triennale del fabbisogno di personale 2022-2024

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FERRI GIAN LUIGI

DATA FIRMA: 30/01/2023 12:00:04

IMPRONTA: 63306666383339656538636665653138313236626265376465653239633339356432343162363063