



Azienda USL Toscana Sud Est

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

ANNO 2024-2026

INDICE

Premessa	2
SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	2
VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	11
Valore pubblico	11
Piano della Performance.....	29
Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza	35
Il programma della Trasparenza	61
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	65
Struttura organizzativa	65
Organizzazione del lavoro agile	68
Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	69
Formazione del personale.....	70
MONITORAGGIO.....	79
ALLEGATI.....	79

Premessa

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

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

Il principio che guida la definizione del PIAO è ispirato alla volontà di superare la molteplicità, e conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa. Il PIAO rappresenta pertanto una sorta di "testo unico" della programmazione, nella **prospettiva di semplificazione e visione integrata** rispetto alle strategie da adottare. Il documento è finalizzato a promuovere la qualità e la trasparenza da parte dell'Azienda, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e attivare una progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della legge 190/2012. Il Piano, redatto di concerto con gli altri atti di programmazione economico-finanziaria, è un documento di pianificazione triennale con programmazione delle attività per l'anno 2024.

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

Le sedi operative dell'Azienda sono stabilite come segue:

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

P.I. e C.F.: 02236310518

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

PEC: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

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

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



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

Popolazione ISTAT post-censuaria al 01/01/2023- Fonte ISTAT

Zone	Maschi	Femmine	Totale
Provincia di Siena	133.903	125.955	259.858
Alta Val d'Elsa	31.520	30.379	61.899
Zona Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana	38.329	36.217	74.546
Senese	64.054	59.359	123.413
Provincia di Arezzo	170.105	163.185	333.290
Casentino	16.804	16.818	33.622
Val Tiberina	14.584	14.096	28.680
Val di Chiana Aretina	25.576	24.308	49.884
Aretina	65.326	61.815	127.141
Valdarno	47.815	46.148	93.963
Provincia di Grosseto	111.018	104.955	215.973
Colline dell'Albegna	24.902	23.408	48.310
Amiata Grossetana - Colline Metallifere -	86.116	81.547	167.663
Azienda USL Toscana sud est	415.026	394.095	809.121

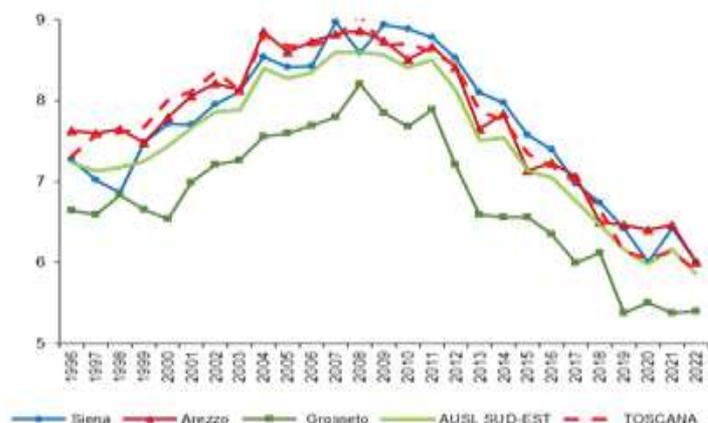
La AUSL Toscana sud est è caratterizzata da un territorio molto vasto caratterizzato da aree scarsamente abitate e frazionato in 99 comuni molti dei quali di dimensioni molto ridotte: ben 52 comuni contano meno di 5000 abitanti mentre solo i tre comuni capoluogo superano i 50.000. Complessivamente la densità di popolazione è molto bassa, circa 70 abitanti per Km², pari a meno della metà rispetto al valore medio regionale (160ab/ Km²).

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

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

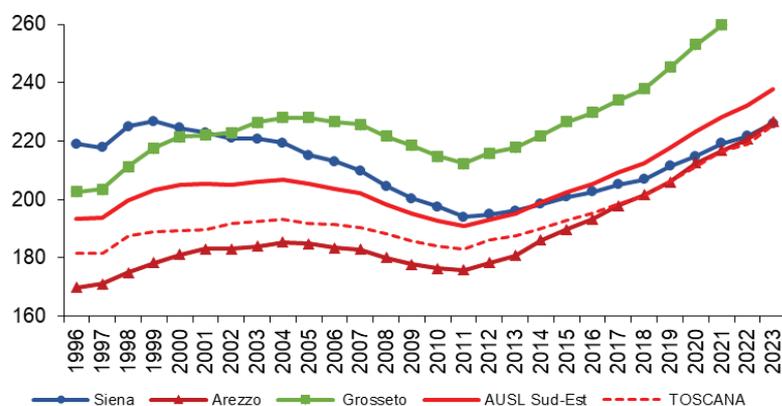
Molto marcato in questa AUSL, come nel resto della regione, a partire dal 2008, è stato anche il calo della natalità legato agli effetti della crisi economica ed alla riduzione del numero di donne in età fertile; nel 2022 il tasso di natalità continua a scendere (5,9 nati per 1.000 abitanti); tutte le zone presentano bassi livelli di natalità, la denatalità più marcata si osserva nelle zone della provincia grossetana dove si scende a 5,4 nati per 1.000 abitanti.

Trend tasso di natalità (nati/pop. totale per 1.000) per residenza. Anni 1996-2022



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

Trend indice di vecchiaia (pop. 65+/pop. 0-14) per residenza. Anni 1997-2023

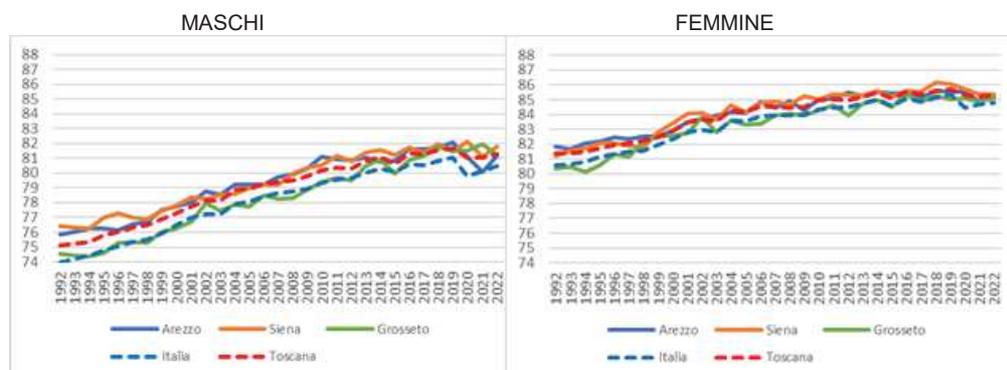


Nella AUSL Toscana sud est il crollo della natalità sarebbe stato ben più drammatico senza il contributo della popolazione migrante: il 18% dei nati è di cittadinanza estera, percentuale che in alcune aree (Casentino e Amiata grossetana) supera il 25%. Complessivamente nella AUSL Toscana sud est, al 01/01/2023, i residenti di cittadinanza estera sono il 10,5% della popolazione, dato in costante diminuzione negli ultimi 4 anni: -7% dal 01/01/2019.

Per i principali indicatori dello stato di salute disponibili, in particolare la speranza di vita alla nascita, la mortalità generale, la mortalità prematura (prima dei 65 anni) e gli anni potenziali di vita persi, la AUSL Toscana sud est, si allinea ai valori medi regionali (peraltro molto buoni rispetto alla media nazionale). Un importante indicatore di sintesi dello stato di salute è la speranza di vita alla nascita (vedi figura seguente) il cui trend costantemente in crescita ha subito una diminuzione, evidente soprattutto a livello nazionale, dal 2020 a causa della pandemia da Covid-19. Nella AUSL Toscana sud est tale

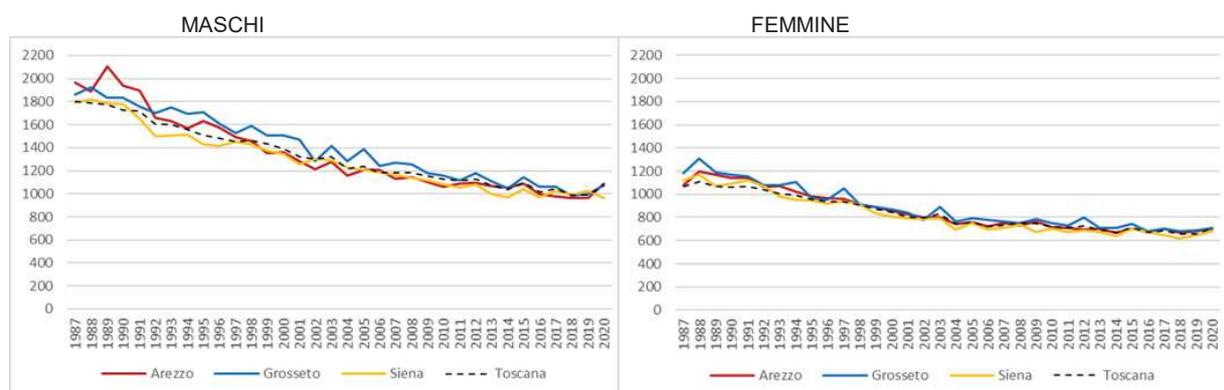
diminuzione si è concentrata maggiormente nelle province di Siena e Arezzo, motivo per cui rispetto agli anni precedenti si sono ulteriormente ridotte le differenze che ponevano Grosseto in posizione peggiore.

Trend speranza di vita alla nascita per residenza e sesso – Anni 1992-2022



Da notare per la mortalità generale (vedi figura) come per altre cause di morte come il gap che poneva Grosseto in posizione svantaggiata si sia progressivamente appianato; restano da segnalare alcuni eccessi di mortalità rispetto alle altre province, concentrate in particolare tra i maschi, per malattie dell'apparato circolatorio e in particolare per infarto e per tumore del polmone. Permane anche l'eccesso storico di mortalità per malattie cerebrovascolari e per tumore dello stomaco della provincia di Arezzo.

Trend tassi standardizzati per età di mortalità generale per residenza e sesso – Anni 1987-2020



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

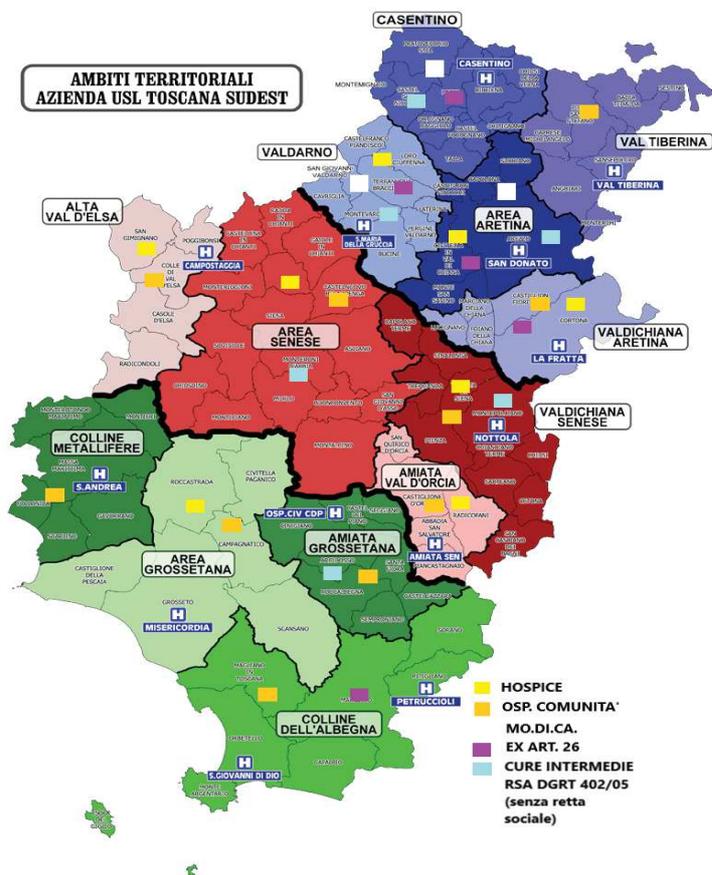
Oltre alla mortalità esistono una serie di altri indicatori che vengono utilizzati per definire lo stato di salute di una popolazione, anche se, basandosi su dati di attività sanitarie varie, essi possono essere influenzati anche da disomogeneità nell'offerta di servizi oltre che da un diverso stato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

croniche si segnalano prevalenze elevate di scompenso in tutta la provincia grossetana e di pregresso ictus in quella aretina.

Sul territorio aziendale sono presenti **27 Case della Salute**, luoghi dove i cittadini trovano servizi socio-sanitari di base e ove vi lavora un team multi professionale formato da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, infermieri, personale sociale e amministrativo, così distribuite nelle varie zone:

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

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



I SETTING ORGANIZZATIVI FRUIBILI DAI TEAM

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

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 513 medici di base e 86 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione pari a 779.584 unità (rilevazione al 31/12/2023).

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

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

Stabilimento	2023		
	PL totali	di cui ord	di cui DH/DS
OSPEDALE DEL CASENTINO	53	48	5
OSPEDALE DELLA VALTIBERINA	49	42	7
OSPEDALE AREA ARETINA NORD	463	408	55
OSPEDALE S. ANDREA MASSA MARITTIMA	66	52	14
OSPEDALE DI ORBETELLO	66	50	16
OSPEDALE DI PITIGLIANO	24	18	6
OSPEDALE CIVILE DI CASTELDELPANO	36	32	4
OSPEDALE DELLA MISERICORDIA	398	364	34
SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA	8	8	0
PRESIDIO OSPEDALIERO AMIATA SENESE	31	22	9
OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA	166	138	28
OSPEDALI RIUNITI DELLA VAL DI CHIANA	163	141	22
OSPEDALE NUOVO VALDARNO	165	147	18
NUOVO OSPEDALE VALDICHIANA S.MARGHERITA	52	34	18
CENTRO RIABILITAZIONE TERRANUOVA B. SPA	64	64	0
Totale azienda	1804	1568	236

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

Stabilimento	2023		
	PL totali	di cui ord	di cui DH/DS
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL	85	85	0
CASA DI CURA SAN GIUSEPPE	88	78	10
CASA DI CURA RUGANI	80	74	6
Totale	253	237	16

Fonte dati Flussi Ministeriali - Modello HSP12 e HSP13 Anno 2023

Elaborazione a cura del settore sanità digitale e innovazione Direzione Sanità, welfare e coesione sociale - Regione Toscana

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

Attività di Ricovero per Ospedale

PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
		Totale dimessi (ord+dh)				
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Abbadia SS	1.064	643	620	479	774
	Osp. Montepulciano	6.710	5.604	6.006	5.548	5.588
Po Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	7.188	5.691	6.128	6.392	6.665
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Osp. Bibbiena	2.684	2.187	2.493	2.165	2.181
	Osp. Sansepolcro	2.033	1.579	1.904	2.045	2.180
	Osp. Arezzo	21.482	17.890	19.756	19.957	19.492
	Osp. Cortona	2.155	1.466	842	1.336	1.640
Po Valdarno	Osp. Montevarchi	8.139	6.703	7.335	7.167	7.211
Po Colline Dell'Albegna	Osp. Orbetello	2.578	2.160	2.569	2.372	2.438
	Osp. Pitigliano	476	281	235	128	331
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Osp. Massa Marittima	2.673	2.224	2.617	2.639	2.833
	Osp. Casteldelpiano	618	505	519	526	534
	Osp. Grosseto	16.967	13.590	14.507	16.444	16.806
	Spdc C/O A.O. Senese	243	201	222	237	245
Totale		75.010	60.724	65.753	67.435	68.918

Fonte DWH SDO 15-01-2023

Interventi chirurgici per stabilimento

PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	2019	2020	2021	2022	2023
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Abbadia SS	1.118	794	1.061	944	1.188
	Osp. Montepulciano	3.290	2.541	3.479	3.453	3.763
Po Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	3.630	2.902	3.898	4.182	4.856
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Osp. Bibbiena	2.061	2.267	3.220	3.189	3.477
	Osp. Sansepolcro	2.815	2.377	3.044	2.714	3.227
	Osp. Arezzo	15.974	10.909	13.568	15.255	15.036
	Osp. Cortona	2.245	2.854	2.999	4.422	5.272
Po Valdarno	Osp. Montevarchi	6.847	5.251	6.286	6.196	6.499
Po Colline Dell'Albegna	Osp. Orbetello	2.475	2.220	2.833	2.727	3.350
	Osp. Pitigliano	207	108	191	289	225
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Osp. Massa Marittima	2.124	1.834	2.611	2.357	2.589
	Osp. Casteldelpiano	99	46	197	247	270
	Osp. Grosseto	13.571	10.742	13.174	15.496	17.924
	Totale	56.456	44.845	56.561	61.471	67.676

Fonte DWH Qlik Registro Operatorio Ormaweb e Roa

Accessi di Pronto Soccorso per Ospedale

Presidio Ospedaliero	Stabilimento	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023
	Osp. Arezzo	76.837	47.644	52.505	61.021	63.987
	Osp. Bibbiena	15.123	10.106	11.480	12.811	12.356
	Osp. Cortona	13.154	9.010	9.543	11.342	11.827
	Osp. Sansepolcro	14.265	9.169	10.003	11.575	11.949
PO dell'Aretino, Casentino, Valtiberina e della Valdichiana Aretina		119.379	75.929	83.531	96.749	100.119
PO Valdarno	Osp. Montevarchi	37.552	25.473	31.988	36.395	36.068
PO Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	30.688	20.928	23.879	26.947	27.682
	Osp. Abbadia SS	6.575	4.621	4.788	5.738	6.417
	Osp. Montepulciano	26.977	17.546	20.514	23.459	24.226
PO dell'Amiata Senese, Val d'Orcia, Valdichiana Senese		33.552	22.167	25.302	29.197	30.643
	Osp. Orbetello	24.935	15.321	16.068	18.241	19.069
	Osp. Pitigliano	5.816	3.956	4.562	4.992	5.313
PO delle Colline dell'Albegna		30.751	19.277	20.630	23.233	24.382
	Osp. Casteldelpiano	8.284	5.807	6.371	7.360	8.291
	Osp. Grosseto	71.930	48.449	58.399	67.277	73.320
	Osp. Massa Marittima	14.955	10.916	12.478	14.564	15.486
PO dell'Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana		95.169	65.172	77.248	89.201	97.097
Totale complessivo		347.091	228.946	262.578	301.722	315.991

Fonte DWH PS

Prestazioni ambulatoriali per esterni, specialità ospedaliere, erogate nei 3 ambiti territoriali per anno:

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

	2019	2020	2021	2022	2023
Prov. Siena	2.958.735	2.625.765	3.321.269	3.226.825	3.417.936
Prov. Arezzo	5.344.754	4.433.747	5.798.012	5.627.588	5.778.459
Prov. Grosseto	2.819.019	2.289.819	2.824.703	3.012.061	3.237.710
Totale	11.122.508	9.349.331	11.943.984	11.866.474	12.434.105

Fonte DWH SPA

Attività di assistenza domiciliare per tipo di percorso

Gli utenti seguiti dal territorio nei vari tipi di percorso domiciliare e cure intermedie sono stati nell'anno 2022 oltre 70.000

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

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

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

a fronte di poco più di 66.000 utenti di cui 18.000 trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) nel 2021. La percentuale di anziano trattati in ADI è di oltre il 16% superiore alla media regionale.

Il dato consolidato 2023 non è ancora disponibile.

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Valore pubblico

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

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

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

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

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

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

1. ATTIVITA' E PERFORMANCE:

Consolidare i livelli di erogazione delle prestazioni

- ✓ Mantenimento /incremento dei livelli di erogazione delle prestazioni erogate

Proseguire con le azioni per il governo dell'appropriatezza

- ✓ Governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche
- ✓ Governo dell'appropriatezza dell'attività di ricovero

Incrementare le misure di prevenzione e sicurezza delle cure

- ✓ Sviluppare di tutte le misure di prevenzione e di igiene ospedaliera incluse le vaccinazioni
- ✓ Mantenere i risultati sugli screening oncologici e degli screening HCV

Intervenire con azioni di rafforzamento della rete ospedale-territorio

- ✓ Sviluppare il nuovo modello dell'assistenza territoriale con attenzione alla evoluzione delle UCA
- ✓ Progettazione e implementazione delle Case della Comunità
- ✓ Potenziare le cure intermedie
- ✓ Estendere il modello dell'infermiere di famiglia e comunità

- ✓ Implementazione Centrali Operative Territoriali -COT
- ✓ Implementazione le azioni di prevenzione del disagio e analisi delle migliori strategie per rispondere all'aumento delle problematiche psichiche evidenziate nel periodo post pandemico

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

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

- ✓ Prosecuzione del percorso della Certificazione di qualità delle strutture tecnico amministrative
- ✓ Rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi da PNRR
- ✓ Attenzione alla qualità percepita dall'utente
- ✓ Attenzione alle politiche del personale: formazione, valorizzazione del personale, coinvolgimento delle multiprofessionalità nelle decisioni e nel confronto volto al miglioramento, pari opportunità ed equilibrio di genere
- ✓ Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza dell'organizzazione
- ✓ Promuovere la formazione sui temi della Salute e Medicina di Genere, Identità di Genere, Linguaggio di Genere, Violenza e Discriminazioni.

3.PROGETTI ORGANIZZATIVI DI INNOVAZIONE E SVILUPPO

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

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

4. BUON USO DELLE RISORSE

Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e al governo della spesa

- ✓ Governo dell'appropriatezza farmaceutica e governo della spesa
- ✓ Attenzione all'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di visita e diagnostica
- ✓ Miglioramento e/o mantenimento della distribuzione diretta con particolare riferimento al potenziamento della distribuzione diretta in reparto.

- ✓ Sviluppo progetti di efficientamento incluso quelli dei servizi Core e No Core

In particolare nell'ambito dell'**ATTIVITA' E PERFORMANCE** da evidenziare l'importante obiettivo del **consolidamento dei livelli di erogazione delle prestazioni**.

L'Azienda intende mantenere o incrementare l'attività erogata nell'anno 2023 con particolare attenzione al governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche.

Per quanto riguarda **le azioni per il governo dell'appropriatezza** da evidenziare l'attenzione al

Governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche

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

- **governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali e di diagnostica:** i) monitoraggio costante dei risultati del *catchment index* (misura della capacità di presa in carico delle prescrizioni di visite e indagini diagnostiche) e del rispetto dei tempi di attesa, ii) produzione di protocolli per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni; iii) avvio di una progettualità volta al miglioramento della presa in carico degli utenti da parte degli specialisti, con prescrizione diretta e contestuale prenotazione delle prestazioni di controllo, al fine di ridurre l'inappropriatezza delle prescrizioni.
Ottemperanza della DGRT 604 del 06 maggio 2019 "Piano Regionale Governo Liste di Attesa" e Delibera GRT n. 1280 del 6 novembre 2023 "Progetto Clessidra - Progettazione specifica per l'abbattimento delle liste d'attesa nelle discipline particolarmente critiche"
- **governo delle liste di attesa chirurgiche:** i) rafforzamento della funzione di Gestione Operativa a livello aziendale e di Presidio Ospedaliero con particolare coinvolgimento delle Direzioni Mediche di Presidio e degli Uffici di Programmazione Chirurgica; ii) rafforzamento della funzione di Coordinamento a livello aziendale dei referenti della Gestione Operativa; iii) monitoraggio costante dei tempi di attesa e numerosità dei pazienti in lista di attesa con attività periodica di reporting, iv) attività trimestrale di recall e pulizia delle liste di attesa, v) monitoraggio della corretta implementazione del flusso informativo degli interventi chirurgici (RFC 165) e del flusso informativo dei ricoveri SDO (anche in collaborazione con RT) al fine di avere a disposizione dati corretti ed affidabili

Governo dell'appropriatezza dell'attività di ricovero

Si conferma il rispetto delle indicazioni nazionali e regionali nel proseguire l'attenzione sull'appropriatezza dei ricoveri in particolare mantenendo il monitoraggio sulle soglie di appropriatezza organizzativa relative ai ricoveri ospedalieri erogabili nei regimi di Ricovero Ordinario, Day Surgery e Ambulatoriale o soltanto nel regime Ambulatoriale, riferite alle prestazioni individuate dalla normativa nazionale e regionale. Particolare attenzione è sempre mantenuta agli obiettivi specifici annuali del sistema regionale Bersaglio MeS e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Inoltre anche il rafforzamento della rete ospedale-territorio, da realizzare parallelamente all'attuazione del Decreto Ministeriale 77/2022 con la costruzione di un nuovo modello di sanità territoriale sarà un obiettivo prioritario del triennio 2024-2026.

Contemporaneamente all'implementazione delle Case della Comunità, al potenziamento delle Cure Intermedie e alla realizzazione di nuovi modelli di sanità territoriale dovranno essere mantenuti e migliorati tutti gli indicatori di efficienza e appropriatezza sui quali l'Azienda viene misurata (in particolar modo gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia aria Distrettuale vedi allegati 1).

Anche l'implementazione delle **azioni di prevenzione del disagio e l'analisi delle migliori strategie per rispondere alle problematiche psichiche** in continuo e progressivo aumento nel periodo post-pandemico, avrà un ruolo molto rilevante nell'attività del triennio 2024-2026.

Le azioni mirate a prevenire il disagio ed ancor più a far sì che questo non evolva in patologia psichica, saranno diversificate in relazione alle fasce di età della popolazione da “intercettare”. Le azioni mirate sia a prevenire l’esordio di patologie psichiche sia a rispondere al loro progressivo aumento possono essere così sintetizzate:

- rafforzare il rapporto con i MMG ed i PLS;
- sistematizzare le azioni già in essere in alcune Zone/Distretto mirate a raggiungere le fasce più fragili della popolazione e pertanto a maggior rischio (minori e disabili).
- valorizzare gli interventi di prossimità;
- stabilizzare e/o implementare i percorsi mirati alla prevenzione ed alla cura delle patologie psichiche, che implicano l’attivazione di risorse da parte di diverse strutture funzionali (SMA, SMIA, AC, SerD), considerata la trasversalità dei disturbi psichici rispetto alle suddette strutture;
- potenziare i luoghi di accesso alle cure (es. Pronto Soccorso) con la presenza di professionisti psicologi;
- implementare le attività di tele-visita o tele-consulto in tutte le situazioni dove questo è possibile;
- promuovere e sostenere gruppi di auto-aiuto, di educazione tra pari o gruppi condotti da pazienti/familiari esperti;
- potenziare i progetti di rete con Associazioni di utenti/familiari, altri Enti.

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

Per il 2024 è obiettivo prioritario raggiungere le percentuali di copertura vaccinale ottimali per fasce di età, al fine di mettere in sicurezza la popolazione del nostro territorio dalle malattie infettive prevenibili tramite i vaccini.

Risulta inoltre di estrema rilevanza la collaborazione tra le UUFF IPN e i reparti ospedalieri per le vaccinazioni raccomandate per i pazienti a rischio per patologia, attraverso i percorsi individuati con la specifica Procedura Aziendale PA-REVA-001 del 03/07/2023.

In materia di prevenzione fondamentale è il tema **degli screening oncologici e degli screening HCV**; in particolare per il 2024, il focus per gli screening oncologici sarà il mantenimento/miglioramento dei risultati ottenuti negli anni precedenti, che vedono la Azienda Sud Est, rispettare gli obiettivi di copertura dell’NSG sia per lo Screening del Carcinoma della Cervice, sia per lo Screening Mammografico. Per lo Screening del Carcinoma del Colon, in considerazione di una bassa percentuale di Adesione, riguardante tutta la Regione Toscana, sono stati messi in atto provvedimenti speciali per l’arruolamento nel Target, in modo da migliorare la copertura, fino dai dati del 2023. L’ Azienda Sud Est, sta mettendo in atto il recepimento della DGRT 1589/2019, compatibilmente a vincoli e limiti temporanei, della spesa.

Nell’ambito della **QUALITA’ ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO, TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE**, particolare importanza rivestirà nel triennio il mantenimento e l’implementazione della **Certificazione di qualità dei processi tecnico-amministrativi**. La Direzione Aziendale e Amministrativa dell’Azienda Usl Toscana Sud Est hanno infatti individuato nella Certificazione UNI EN ISO 9001: 2015 un utile strumento per il raggiungimento di livelli di qualità congrui rispetto ai requisiti richiesti per la qualità dei processi di erogazione e produzione.

Dopo l’avvio del percorso nei primi mesi dell’anno 2023, l’Azienda Usl Toscana Sud Est ha pienamente superato la verifica ispettiva effettuata da KIWA, ente individuato con gara Estar

per il rilascio delle certificazioni di qualità dei servizi del Sistema Sanitario Regionale Toscano. La certificazione di qualità rilasciata ha quindi validato il Sistema Qualità costruito, attestando anche che le attività dell'organizzazione vengano svolte esattamente come pianificato.

Pertanto la norma UNI EN ISO 9001: 2015 rappresenta oggi un punto di riferimento fondamentale per la Direzione che vuole meglio relazionarsi con il territorio e con il proprio sistema utente/fornitore interno ed esterno. Si riportano alcuni degli obiettivi connessi al sistema della qualità e al percorso di certificazione:

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

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

Per perseguire questi obiettivi sono stati individuati i principali processi che regolano il funzionamento delle strutture aziendali coinvolte nel progetto di qualità, con particolare riferimento ai processi gestiti dalle strutture tecnico-amministrative, partendo dalla declaratoria delle funzioni attribuite con lo statuto aziendale: i processi sono stati quindi esaminati nella loro sequenza, nelle loro eventuali interazioni curandone l'analisi, la valutazione e la gestione dei rischi.

Per i suddetti processi significativi sono state redatte e pubblicate numerose procedure, che esplicano le modalità di esecuzione e controllo dei processi stessi e le responsabilità delle varie funzioni coinvolte. I diagrammi di flusso inseriti in ciascuna delle procedure rappresentano le interazioni e le sequenze tra i singoli processi / attività nonché le relazioni che si stabiliscono con le varie tipologie di utenti. Tali procedure riportano, inoltre, anche gli indicatori di processo e di esito per la misurazione della performance.

Tutti i professionisti sono quindi chiamati a contribuire al miglioramento continuo della efficacia, efficienza ed affidabilità dei processi operativi perseguendo anche economicità di gestione aziendale. Ciò si realizza con un'azione congiunta tra management, line e utenza nella definizione di processi diagnostici, assistenziali, riabilitativi e tecnico-amministrativi, che si sviluppano in una strategia condivisa che unisce le dimensioni tecnico-professionale, manageriale, percepita e della sicurezza in un unico concetto integrato di Qualità e Sicurezza.

Attraverso una regia aziendale di Staff i vari step già affrontati e da affrontare trovano la sintesi seguente:

- 1 Analisi dei processi;
- 1 Progettazione del SGQ
- 2 Definizione dei documenti del SGQ
- 3 Implementazione del SGQ
- 4 Verifiche ispettive ed interne
- 5 Riesame della direzione

6 Rilascio certificazione

7 Verifiche esterne per mantenimento certificazione

Le verifiche interne costituiscono uno strumento particolarmente importante, teso a misurare la maturità del sistema coinvolgendo tutti i professionisti in attività di autovalutazione ed audit al fine di dare evidenza all'effettiva applicazione delle procedure approvate approfondendo altresì i risultati ottenuti attraverso l'analisi degli indicatori.

Nei prossimi anni la prospettiva è quindi quella del consolidamento e dell'implementazione del Sistema Qualità, nell'ottica del miglioramento continuo, che comprende anche il superamento delle verifiche ispettive annuali effettuate da KIWA ai fini del mantenimento della certificazione rilasciata nell'anno 2023.

L'Azienda, come lo scorso anno, continua a perseguire, sempre nell'ambito dell'area qualità, accreditamento, rischio clinico e trasparenza l'obiettivo di **Perfezionare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione** con riguardo all'attuazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

L'Azienda pertanto continua ad effettuare una mappatura dei processi unica, relativa sia ad aspetti concernenti la performance che aspetti correlati all'anticorruzione.

In secondo luogo, si ritiene opportuno focalizzare l'attenzione su aspetti che precludano la realizzazione del citato DM 77/2022 e pertanto relativi allo sviluppo dell'assistenza territoriale.

A tal fine, per l'anno 2024 un determinato numero di processi in corso di mappatura riguardano le attività territoriali.

Particolare attenzione viene prestata al monitoraggio delle misure di trattamento del rischio individuate in occasione della redazione della sezione anticorruzione del PIAO approvato lo scorso anno, nell'ottica di realizzare una continuità nell'analisi al fine di ridurre quanto più possibile l'esposizione a rischi corruttivi significativi.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), in linea con quanto avvenuto nell'anno 2023, continua altresì a sviluppare azioni di audit con i responsabili di tutte le strutture aziendali al fine di individuare processi rispetto ai quali si renda necessario operare un'adeguata analisi del rischio, con particolare riferimento ai Referenti individuati nell'ambito dell'assistenza territoriale.

Programmazione Decreto Ministeriale 77/2022

Sul tema del PNRR, e conseguentemente dell'attuazione del Decreto Ministeriale 77/2022, la **programmazione dell'attuazione del nuovo modello di sanità territoriale** persegue non solo il rispetto dei criteri di accreditamento degli stessi, ma ambisce a elevati standard di qualità con un approccio di "sistema": detta programmazione deve essere realizzata tramite l'integrazione dei seguenti determinanti che, soltanto ai fini descrittivi vengono considerati separatamente, mentre essi sono tra di loro interconnessi e complementari e richiedono un approccio integrato:

- Sviluppo delle nuove strutture e dei nuovi modelli dell'assistenza territoriale
- Potenziamento della presa in carico della cronicità e implementazione e monitoraggio dei PDTA
- Sviluppo delle reti territoriali
- Maggiore integrazione Ospedale-Territorio attraverso equipe multidisciplinari;
- Garanzia dell'autosufficienza a domicilio in forma integrata con il sistema welfare
- Promozione della competenza clinica nella rete dei piccoli ospedali;
- Rinnovamento delle infrastrutture dei grandi ospedali mediante riassetamenti logistici atti ad aumentare flessibilità e sostenibilità;
- Pianificazione e attuazione di un cambiamento di skill mix tra medici e professioni sanitarie;
- Coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei pazienti nel percorso di cura;
- Condivisione di partnership pubblico-privato;
- Ricerca e sviluppo;
- Formazione continua e valutazione del personale.

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

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

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

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

Inoltre al fine di garantire l'ascolto dei pazienti fragili e cronici a garanzia di una migliore presa in cura, l'Azienda ha previsto l'adesione al progetto internazionale PaRIS (Patient-Reported Indicators) promosso dall'OCSE – Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Il progetto Paris avviato in collaborazione tra il Laboratorio Management e Sanità e il Ministero della Salute ha permesso di disegnare il primo Osservatorio in Italia sull'esperienza e gli esiti dei pazienti affetti da cronicità.

Sono state previste le attività operative di seguito riportate:

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

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

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

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

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

- estensione dell'attività di risk mapping periodico alle Direzioni di P.O. e di ZD;
- promozione di *incontri, audit e/o M&M o sessioni case reports* finalizzate all'analisi di singoli eventi critici e/o di casistiche rilevanti in materia di risk assessment e di risk control, in collaborazione

con Dipartimenti, Aree Dipartimentali e/o Strutture Professionali a maggiore esposizione alla conflittualità,

- formazione in Team in materia di Prevenzione del Contenzioso (già previsto dal PAF 2023), anche secondo percorsi formativi on the job dedicati ad aree specialistiche omogenee

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

Obiettivo dei prossimi anni perseguito dal Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) e dal Responsabile della Trasparenza (RT) continuerà ad essere quello di promuovere strategie di contrasto della corruzione mediante l'utilizzo combinato di vari strumenti, dalla formazione, all'organizzazione di corsi ed altre iniziative di aggiornamento, dall'organizzazione di riunioni, audit e incontri periodici con le varie strutture aziendali per diffondere in modo trasversale una cultura dell'etica e della legalità che sia trasversale in Azienda, in linea con quanto realizzato nell'anno 2023, di cui si dà ampiamente conto nella sezione anticorruzione.

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

Successivamente all'ultima revisione del Codice di comportamento, approvata con deliberazione n. 1627 del 27 dicembre 2022, in ossequio alla previsione normativa che ha stabilito che il codice stesso debba contenere una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione, nel corso del 2023 tutte le strutture hanno garantito la massima diffusione del Codice di Comportamento.

Quanto sopra, è stato realizzato anche al fine di raggiungere l'obiettivo attribuito dall'RPC **AZ_B4_001b** "Divulgazione del Codice di Comportamento e P.I.A.O. riscontrabile da riunione di struttura o da altre iniziative ove risulti il livello di partecipazione degli operatori".

Da un riscontro effettuato a metà dicembre 2023, 523 strutture su 551 hanno raggiunto l'obiettivo.

Per l'anno 2024, si conferma l'attenzione dell'Azienda a vigilare in merito all'attuazione, con particolare riferimento a:

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

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

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

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

L'approvazione definitiva del Regolamento con deliberazione è stata realizzata, come specificamente dettagliato nel relativo paragrafo della sezione anticorruzione del presente documento, su una versione ulteriormente aggiornata di Regolamento stesso, messa a punto in collaborazione con il Coordinamento Regionale dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende sanitarie toscane.

Con deliberazione n. 1302 del 15 dicembre 2023 è stato approvato il Regolamento definitivo sul conflitto di interessi.

In attesa dell'approvazione della versione definitiva del Regolamento sul conflitto di interessi, per l'anno 2023, a tutte le strutture era stato inoltre attribuito l'obiettivo **AZ_B4_016** "Divulgazione del Regolamento sul Conflitto di Interessi riscontrabile da riunione di struttura o da altre iniziative ove risulti il livello di partecipazione degli operatori. Numero riunioni e/o iniziative" al fine di garantirne la massima diffusione.

Ulteriori iniziative di formazione realizzate nel corso dell'anno sono dettagliatamente descritte nella sezione anticorruzione del Piano.

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

Nel 2024 l'Azienda continuerà a valorizzare il personale del comparto attraverso **interventi formativi e organizzativi** già programmati volti a far crescere le competenze gestionali e professionali. L'obiettivo prioritario è quello di consolidare il middle management aziendale, soprattutto in termini di autonomia e di capacità decisionale. Sul lato della dirigenza invece, l'innovazione organizzativa sarà l'oggetto principale delle linee di azione delle politiche del personale. La carenza di personale medico che si registra a livello nazionale richiede infatti nuove modalità organizzative per far fronte alla copertura dei servizi sul territorio. Questa doppia spinta congiunta permetterà di dar vita ad un sistema capace di trovare la sostenibilità nei processi di innovazione, evitando duplicazioni e/o inefficienze organizzative e assicurando la continuità dei servizi; il tutto senza perdere di vista la qualità dell'assistenza e la dimensione qualitativa e quantitativa dei bisogni sanitari della popolazione di riferimento.

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

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

Con le Deliberazioni DG n.1618 del 21/12/2022 e n. 586 dell'01/08/2023 l'Azienda ha rinnovato il **Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)** che è l'organo che esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica, e si afferma come soggetto, attraverso il quale il legislatore, tenendo conto delle criticità esistenti, intende raggiungere i seguenti obiettivi:

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

Il Comitato Unico di Garanzia, redige il **Piano triennale di Azioni Positive (PAP)**, documento mirato ad introdurre azioni positive all'interno del contesto di lavoro e approvato con delibera DG 706-2022 del 21-06-2024 con oggetto: PIANO DI AZIONI POSITIVE 2023-2025 (PAP) – DETERMINAZIONI (allegato n. 2 al presente documento).

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

- formazione del personale in particolare sulle tematiche di benessere organizzativo e pari opportunità
- fare rete con altre strutture aziendali, ed in particolare l'“UOSD Benessere Organizzativo e Clima Interno”, dotata di risorse e professionalità adeguate, con gli Sportelli di Ascolto Psicologico e l'implementazione di nuovi ambiti di intervento sul benessere organizzativo;
- fare rete con omologhi organismi regionali e nazionali importante passo è stato l'adesione alla “Rete Nazionale dei CUG” con la Delibera DG n. 1224 del 28 Novembre 2023 avente ad oggetto "ADESIONE DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA DELL'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST ALLA RETE NAZIONALE DEI COMITATI UNICI DI GARANZIA".
- contrasto ad azioni di straining e mobbing, lotta alle molestie e alle discriminazioni, miglioramento del benessere organizzativo in collaborazione con la R.S.P.P., i Medici Competenti, le strutture aziendali come il Dipartimento Risorse Umane, l'Agencia della Formazione, i R.L.S., per affrontare in maniera coordinata tutta la materia del benessere organizzativo e dell'impatto che su di esso può esercitare anche lo stress lavoro-correlato che sono indispensabile per progettare in maniera unitaria la rilevazione dei disagi e quella dei bisogni per i dipendenti e le dipendenti della nostra azienda;
- valorizzazione dei percorsi interni per la risoluzione dei conflitti: “sportelli di ascolto” dedicati, diffusi sul territorio con definizione del loro mandato e del loro rapporto con le altre strutture;
- leggere i bilanci degli enti pubblici in chiave di genere come importante strumento di mainstreaming (integrazione) che consente di analizzare e contribuire a ridurre le disuguaglianze di genere attraverso un esercizio di trasparenza, equità e rendicontazione della gestione e distribuzione delle risorse impiegate;
- Lavoro agile e conciliazione vita-lavoro. In particolare, per il Lavoro Agile il CUG si impegna perché sia garantita l'effettiva possibilità per ciascun lavoratore/lavoratrice, compatibilmente con il proprio profilo professionale, di usufruire di tutti i giorni di lavoro agile consentiti dalla normativa; del rispetto di fatto del diritto alla disconnessione; invita l'Amministrazione a effettuare investimenti in strumenti tecnologici (pc, tablet ed accessori);
- Telelavoro: verificando la garanzia della effettiva possibilità, per il personale che ne ha diritto come da normativa vigente, di poter usufruire il più possibile del Telelavoro; verifica del rispetto di fatto del diritto alle pause di lavoro al di fuori della dovuta reperibilità; verifica che la strumentazione messa a disposizione sia effettivamente adeguata alle esigenze lavorative e ben funzionante.
- Maternità e lavoro: Conciliare lavoro e famiglia è una sfida quotidiana che le imprese possono sostenere con politiche di welfare aziendale, le pubbliche amministrazioni sulla base di studi degli ultimi anni hanno dimostrato l'utilità, di adottare politiche favorevoli alle famiglie (family friendly). Per questo ambito Il CUG ritiene utile promuovere un'indagine interna che definisca:
 - il livello di percezione dei/le dipendenti di come l'azienda si pone nell'affrontare il tema maternità e lavoro;
 - l'esame degli atti e regolamenti a carattere interno, degli ultimi anni (dal 2016 anno di costituzione Azienda UTSE) dell'azienda nei confronti del Family Friendly.
- Invecchiare bene al lavoro “Age Diversity Management” / Prevenzione in un'ottica di genere/ WHP -Work Health Promotion

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

Il CUG propone:

- di monitorare la loro applicazione per affrontare con un approccio strategico globale e proattivo al problema della demografia aziendale ed affrontarla con interventi che valorizzino le caratteristiche delle persone in età avanzata o con fragilità di salute e/o ridotte capacità lavorativa
- di contribuire con idee ed azioni attraverso i gruppi di lavoro appositamente istituiti per

il progetto regionale “WHP- Work Health Promotion, luoghi di lavoro che promuovono la salute” a promuovere azioni tese a stimolare la partecipazione attiva delle persone nell’adozione di stili di vita sani per la riduzione dei fattori di rischio socioeconomici e ambientali che agiscono come determinanti nel miglioramento della salute e del benessere del personale dipendente.

Nell’ambito della lotta alle disuguaglianze l’AUSL Toscana Sud Est ha inoltre avviato un processo di “*Diversity, Equity and Inclusion Strategy*” ai cui principi si ispira l’azione di valorizzazione ed inclusione delle diversità, non solo di genere, che l’Azienda intende sviluppare nel contesto lavorativo aziendale. A tal proposito con la Deliberazione n. 696 del 13/06/2023 è stata approvata la progettualità relativa alla “strategia di diversità, equità ed inclusione” (DE&I Strategy), è stato nominato il DE&I manager ed è stato costituito un “gruppo di riflessione” (DE&I Think Tank) con il compito di perseguire una strategia di più ampia portata che elabori un percorso teso a realizzare in Azienda la “strategia di diversità, equità ed inclusione” (DE&I Strategy).

Nell’ambito della suddetta Delibera, inoltre, è stato definito il gruppo di lavoro per la stesura del Gender Equality Plan aziendale che è stato poi approvato e adottato con la Deliberazione DG n. 1054 del 17/10/2023.

Il Piano contiene le azioni che verranno implementate dall’Azienda nel corso del triennio 2023-2025 relativamente a cinque macroaree:

- 1) equilibrio vita-lavoro e cultura organizzativa inclusiva;
- 2) equilibrio di genere nella leadership e negli organi decisionali;
- 3) eguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;
- 4) integrazione nella dimensione di genere nella ricerca e nella didattica – formazione;
- 5) contrasto alle molestie sessuali, alla violenza di genere e alle discriminazioni sul luogo di lavoro.

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

Potenziamento rete ospedaliera in sinergia con AOUS

Relativamente a questa linea strategica l’AUSLTSE prevede il proseguimento dell’avviata progettualità condivisa con AOUS il cui principale obiettivo è quello di garantire accesso a cure di alta specializzazione anche presso i presidi periferici in un’ottica di potenziamento della prossimità delle cure e di equità di accesso nel rispetto dei criteri di sicurezza e qualità. Nel triennio 2024-2026 si prevede l’attuazione in continuità degli innovativi progetti interaziendali delineati nel precedente Piano e già implementati nel corso del 2023, come: i) il percorso interaziendale per la gestione delle patologie ematologiche che prevede l’organizzazione presso il Presidio Ospedaliero Misericordia di Grosseto di un’attività di consulenza e presa in carico dei pazienti con patologia ematologica sul territorio da parte di professionisti AOUS; ii) il percorso inter-aziendale per la gestione delle emergenze da patologia aortica acuta al fine di abbreviare il tempo tra insorgenza e trattamento ed evitare ogni ritardo che intercorra tra il sospetto e/o la diagnosi di Sindrome Aortica Acuta ed il trattamento medico, chirurgico o interventistico, garantendo un percorso in sicurezza per il paziente; iii) il percorso interaziendale della Chirurgia Pediatrica rivolto al bambino da sottoporre ad intervento chirurgico programmato in collaborazione tra l’equipe chirurgica dell’AOUS ed il personale e le strutture sanitarie dell’AUSLTSE che ha come principale obiettivo quello di sviluppare un percorso per la presa in carico del bambino nelle sedi più vicine alla propria abitazione secondo criteri di equità e prossimità delle cure.

Si prevede, altresì, la piena attuazione o il potenziamento di percorsi la cui progettazione era già definita ma che non sono stati completamente implementati nel 2023, come: i) lo sviluppo delle funzioni di attività ospedaliera di riabilitazione intensiva in collaborazione con AOUS nell’ambito dello sviluppo in Area Vasta di modelli di presa in carico integrata dei pazienti per garantire la continuità dei percorsi tempo-dipendenti e trapiantologici nella fase post-acuta; ii) la valorizzazione della dimensione inter-aziendale dei Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM) di Area Vasta, con particolare riferimento al GOM del polmone ed al GOM di area medica, al fine di promuovere una presa in carico integrata del paziente, l’accesso ai migliori standard di cura e assistenza e lo sviluppo professionale continuo all’interno di equipe multi-disciplinari inter-aziendali; iii) il rafforzamento della rete dell’Emergenza-

Urgenza tra AUSLTSE e AOUS al fine di sviluppare percorsi di integrazione e monitoraggio delle attività, nonché la definizione di protocolli e procedure condivise con l'obiettivo di standardizzare le procedure ed evitare l'overcrowding; iv) il potenziamento dell'attività interaziendale di chirurgia robotica, che attualmente riguarda soprattutto l'Urologia e la Ginecologia ma di cui si prevede l'ampliamento anche ad altre branche chirurgiche; v) l'evoluzione della rete della cardiologia interventistica, che prevede l'impegno sinergico di professionisti AUSLTSE ed AOUS nell'ottimizzazione del percorso inter-aziendale per garantire, con continuità in tutte le fasi del percorso, compresa quella della discussione multidisciplinare, il pieno coinvolgimento di tutti i professionisti che intervengono nella presa in carico del paziente, prevedendo l'estensione a tutti i centri della possibilità di partecipazione in videoconferenza alle attività di discussione multidisciplinare dell'Heart Team e quindi ad ogni professionista del territorio che propone un caso clinico di essere parte attiva nel Team; vi) lo sviluppo di una progettualità sulla chirurgia degenerativa del rachide nell'ottica di promozione continua di azioni coordinate e congiunte per l'abbattimento delle liste di attesa chirurgiche.

Infine, nel triennio 2024-2026 è previsto lo sviluppo di ulteriori attività come il progetto interaziendale della cardiocirurgia in rete che prevede lo sviluppo di una progettualità che, oltre a garantire una tempestiva attivazione delle diverse fasi dei percorsi, assicurerà attività clinico-assistenziali altamente specialistiche vicino al paziente. Frutto di un lavoro di collaborazione che vedrà coinvolti i cardiocirurghi dell'AOUS ed i cardiologi dell'AUSLTSE, verranno introdotte nuove prassi operative che disciplineranno l'accesso periodico di cardiocirurghi AOUS presso i presidi sul territorio (a partire da Grosseto e Arezzo) per attività di consulenza e valutazione dei pazienti con patologie cardiovascolari che richiedono un percorso diagnostico-terapeutico condiviso. In particolare, i cardiocirurghi avranno la possibilità di conoscere e valutare inizialmente il paziente, confrontarsi con i professionisti territoriali per la condivisione del percorso, valutare il paziente già operato in una fase di follow-up.

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

Relativamente a questa linea strategica l'AUSLTSE intende implementare e potenziare l'integrazione e la cooperazione di Area Vasta nella costruzione dei percorsi clinico-organizzativi e dei modelli di erogazione dei servizi al fine di migliorare l'offerta sanitaria nell'ottica di una maggiore equità di accesso alle cure e di prossimità al paziente. In particolare si prevedono le seguenti attività in continuità con il 2023:

- sviluppo della rete senologica di Area Vasta in collaborazione con AOUS che prevede l'integrazione delle attività dei vari nodi della rete, sia territoriali che ospedalieri, ognuno per la propria competenza. In tal senso, l'AUSLTSE e l'AOUS intendono sviluppare, nel prossimo triennio 2024-2026, tutte le sinergie necessarie per la piena attuazione delle linee di indirizzo regionali, sviluppando una Rete senologica di Area Vasta che veda la collaborazione e cooperazione di tutti i livelli assistenziali, da quello territoriale a quello ospedaliero specialistico, con il coinvolgimento anche delle associazioni di volontariato e dei pazienti e familiari.
- Sviluppo di un PDTA sul buon uso del sangue per la gestione ottimizzata ed appropriata della risorsa sangue che si traduce in una riduzione significativa della necessità di trasfusione e del consumo di sangue ed emocomponenti, nonché in una riduzione del rischio trasfusionale e delle complicanze.
- Sviluppo dei seguenti PDTA di Area Vasta: i) PDTA della neoplasia polmonare; ii) PDTA del trauma toracico; iii) PDTA per la gestione del paziente con frattura da fragilità; iv) PDTA Disturbi Cognitivi e Demenze; v) PDTA Fibromialgia; vi) PDTA Carcinoma avanzato della tiroide;
- sviluppo di reti inter-aziendali delle cure palliative e della lotta al dolore che coinvolgano le strutture di AOUS e le strutture territoriali di AUSL per la continua e tempestiva presa in carico dei pazienti affetti da qualunque patologia ad andamento acuto, cronico e evolutivo nei setting assistenziali più appropriati alla specifica fase del percorso di cura ed alle condizioni cliniche del paziente.
- Sviluppo di progetti di applicazione del DM 77 con metodologia Lean con particolare riferimento all'organizzazione delle Centrali Operative Territoriali.

Inoltre saranno previsti progetti di nuova attuazione come:

- la rete odontoiatrica di Area Vasta: l'AUSLTSE e l'AOUS intendono adoperarsi per la costituzione della rete odontoiatrica di Area Vasta ai sensi della Delibera della Giunta Regionale n. 965/2023 e

per l'integrazione dei servizi secondo quanto previsto dalla normativa regionale. In particolare è prevista, per il triennio 2024-2026, la creazione di agende di prenotazione inter-aziendali, con la possibilità che odontoiatri afferenti alle strutture dell'AUSLTSE possano prenotare prestazioni di alta specialità nelle agende dell'AOUS e, viceversa, odontoiatri dell'AOUS possano prenotare prestazioni di competenza territoriale nelle agende dell'AUSLTSE;

- il potenziamento e la valorizzazione della funzione di procurement, a livello di Area Vasta, requisito fondamentale per garantire l'attività trapiantologica, che si sostanzierà nello sviluppo continuo di iniziative e progettualità integrate sul piano delle attività formative, di sensibilizzazione e dell'organizzazione dei percorsi;
- Il progetto inter-aziendale per la gestione dell'anziano fragile, che prevede una gestione integrata dei servizi tra l'AUSLTSE e l'AOUS con riferimento all'utenza anziana ed in particolare agli adulti anziani affetti da polipatologia cronica, con l'obiettivo di omogeneizzare i comportamenti clinici mirati alla continuità dell'assistenza. Fondamentale a tale scopo la ricerca e sperimentazione di modalità assistenziali idonee con l'adozione di modelli organizzativi sostenibili ed efficaci in grado di garantire a questa popolazione il setting di cura più adeguato, migliorando allo stesso tempo la qualità dell'assistenza. Tali percorsi si integreranno e coordineranno con quelli già presenti in ambito di continuità ospedale-territorio in una sinergia volta al miglioramento dell'appropriatezza e della qualità dell'assistenza.

Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali

In linea con il PNRR in particolare attraverso gli investimenti sulla trasformazione digitale del SSN, l'Azienda prosegue e rafforza l'utilizzo delle tecnologie per la digitalizzazione e dematerializzazione dei processi sanitari.

Secondo gli indirizzi delineati dal PNRR nelle missioni relative alla missione M6.C1 "*Casa come primo luogo di cura: Centrali operative territoriali-Interconnessione aziendale*" e a M6.C2 "*Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere - DEA Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di Livello I e II)*", RT insieme ad Estar indirizzano l'Azienda a perseguire i seguenti obiettivi:

- Unificazione Cartella Clinica Elettronica CCE, attraverso il dispiegamento della piattaforma unica regionale CR1, rilevante per la digitalizzazione dei processi ospedalieri;
- Unificazione dei Sistemi ADT e Pronto Soccorso
- Sviluppo AsterCloud WP3 per i processi dell'assistenza territoriale
- Unificazione e potenziamento Cartella Clinica Oncologica,
- Unificazione RIS (Radiology Information System) per la diagnostica immagini,
- Integrazione in rete PACS di tutte le altre modalità diagnostiche (x-scopie) presenti negli ambiti delle chirurgie, oculistiche, cardiologie;
- Unificazione e dispiegamento nuovo sistema CIS (Cardiology Information System) ed integrazione col sistema PACS Aziendale;
- Digitalizzazione degli strumenti di supporto alla pianificazione, erogazione e valutazione delle cure fornite nell'ambito dell'Assistenza Infermieristica.

L'obiettivo generale perseguito attraverso l'unificazione e consolidamento delle piattaforme su base aziendale è quello di semplificazione dei sistemi, disponibilità dei dati sull'intera area vasta, omogeneizzazione delle procedure operative, semplificazione delle gestioni tecniche riduzione dei contratti e ottimizzazione dei costi.

A livello Aziendale è stato costituito un gruppo di lavoro per istituzionalizzare il Dossier Sanitario, questo è concepito per finalità di prevenzione, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria del paziente per il periodo di tempo che il paziente è preso dalle strutture aziendali stesse.

I benefici per gli assistiti saranno quelli derivanti da una più efficace capacità di presa in carico e gestione in ogni ambito dell'assistenza territoriale e ospedaliera.

Prosecuzione nel processo di informatizzazione: sviluppo della telemedicina, cartella clinica informatizzata, Sistema Informativo Territoriale Regionale (AsterCloud) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio

Il tema della telemedicina, nelle sue differenti declinazioni, è uno degli assi portanti dello sviluppo dell'assistenza territoriale come da DM 77/2022. Le piattaforme tecnologiche abilitanti lo sviluppo dei servizi di telemedicina sono gestite a regia regionale e al momento sono ancora in corso di acquisizione (non disponibili alle aziende).

In attesa della disponibilità delle nuove piattaforme gli interventi dell'azienda in questo ambito si sono sviluppati prevalentemente sul piano organizzativo e procedurale e sono stati orientati al recepimento delle modalità previste dal DM 77/2022, reingegnerizzando i PDTA esistenti. Nel mentre, sul piano meramente tecnologico, sono state condotte limitate sperimentazioni, basate su progetti pilota, che hanno avuto il pregio di sperimentare nuovi casi d'uso e nuove modalità di condivisione dei dati in una cornice di conformità GDPR.

Per perseguire il subinvestimento relativo alla *"Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici"*, sono stati istituiti gruppi di lavoro aziendali la cui applicazione al fine di potenziare i servizi verso il cittadino che si esplicano nelle soluzioni di:

- Estensione della piattaforma di teleconsulto (definita originariamente per la richiesta di consulti specialistici verso le strutture della AOUS), alle Case della Comunità per la richiesta di consulenze verso le strutture specialistiche degli ospedali di riferimento.
- Piattaforma di teleconsulto Oncologico, dedicata ai MMG, per la collaborazione con le strutture specialistiche di Oncologia.
- Progetto pilota di televisita di controllo presso l'Isola del Giglio, dove gli MMG e il servizio di cure primarie dell'isola si confrontano con specialisti ospedalieri per approfondire e fare follow up di pazienti cronici tramite una piattaforma robot ad alta risoluzione
- Progetto di Radiologia Domiciliare, esteso al tutto il territorio aziendale con finalità di presa in carico del paziente direttamente nella propria dimora per l'esecuzione di prestazioni radiologiche da parte del team territoriale dotato di dispositivi diagnostici mobili

In questa ottica si intende massimizzare il valore di salute e definire modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale come da DM 77/2022 nel Servizio Sanitario Nazionale iniziando ad implementare tale filosofia reingegnerizzando i PDTA esistenti.

L'azienda infine intende iniziare un percorso di Value Based Healthcare finalizzata a migliorare il valore delle cure, ovvero il rapporto tra il benessere reale misurato con l'esito delle cure e i costi sostenuti sul percorso adottato per generarlo.

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

L'Azienda in questi anni ha investito nello sviluppo di DataWareHouse ed altri sistemi di cruscotti direzionali (tipo Qlik Sense) al fine di gestire al meglio l'enorme quantità di dati generati nei vari applicativi verticali presenti in azienda. L'azienda è pertanto impegnata, con la collaborazione del personale di Estar, a incrementare il numero di Data Mart su DWH per cercare di coprire la conoscenza di sempre più ambiti di attività.

Si prosegue quindi l'attività di generazione di "informazioni" e di produzione di report sempre più vicini alle richieste direzionali e delle strutture gestionali aziendali, report che mettano insieme attività e consumi, risorse assegnate (personale) e attività, in modo da creare un sistema di benchmarking interno utile alla Direzione per il governo dell'azienda e come supporto alle scelte strategiche.

Sviluppo progetti PNRR

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

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

Innovazioni delle apparecchiature elettromedicali

In un periodo di risorse economiche limitate, l'azienda è impegnata a coniugare le strategie aziendali, e le esigenze di innovazione e sviluppo con le risorse disponibili.

I fabbisogni rappresentati dai sanitari sono valutati e condivisi con la Direzione Sanitaria ed Amministrativa in incontri periodici. Nella programmazione priorità è data al rinnovo delle tecnologie obsolete e non funzionanti guardando comunque anche all'innovazione e sviluppo

Pur in un quadro di ristrettezze economiche quindi, si cerca in collaborazione con ESTAR, l'Azienda alla quale come noto, in Toscana, è stato affidato il supporto alla programmazione ed alla gestione delle apparecchiature elettromedicali per le Aziende Sanitarie della Regione, di fare anche una programmazione e scelta di apparecchiature elettromedicali innovative.

Per le Grandi Apparecchiature elettromedicali la USL Toscana Sudest adegua agli standard nazionali concentrando gli acquisti sulle apparecchiature fornite da Consip nell'ambito dei finanziamenti del PNR.

Valutazione della congruenza del parco tecnologico e informatico in termini di adeguatezza, efficienza e sostenibilità

Le predette azioni di consolidamento e unificazione delle piattaforme applicative non sarebbero possibili in mancanza di un ammodernamento e potenziamento delle infrastrutture di rete e del parco delle dotazioni. A tal fine proseguiranno le seguenti azioni complementari ai progetti PNRR Sanità Digitale:

- Potenziamento infrastruttura di rete ospedaliera e dispiegamento dei sistemi WiFi, necessaria per supportare il dispiegamento della Cartella Clinica CR1
- Sviluppo rete infrastrutturale e telefonia COT, per realizzare le infrastrutture telematiche necessarie all'operatività delle nuove Centrali Operative Territoriali.
- Rinnovo PDL aziendali per dotare le strutture di dotazioni adeguate alla gestione delle nuove modalità operative.

Sviluppo di progetti di efficientamento energetico

L'Azienda ha intrapreso in questi anni un percorso di tipo ONE HEALTH, affiancando alle attività istituzionali di cura una linea di indirizzo strategico per lo sviluppo di progetti di efficientamento

energetico che riducano l'impatto ambientale aziendale contribuendo a migliorare i determinanti di salute.

Questi i maggiori indicatori del lavoro fatto in questi anni:

- ad oggi, circa il 30% del fabbisogno di energia elettrica dell'Azienda è autoprodotta internamente agli immobili aziendali con numerosi impianti fotovoltaici e di cogenerazione, tra i quali: Impianto Fotovoltaico da 47 kWp c/o Ospedale di Arezzo, Impianto Fotovoltaico da 50 kWp c/o Ospedale di Cortona, Impianto Fotovoltaico da 166 kWp c/o Ospedale di Poggibonsi, Impianto Fotovoltaico da 100 kWp c/o Ospedale di Grosseto (Parte Nuova), Impianto Fotovoltaico da 63,9 kWp c/o Ospedale Misericordia di Grosseto (Parte Vecchia), Impianto Fotovoltaico da 8,1 kWp c/o Ospedale di Massa Marittima, Impianto Fotovoltaico da 19,44 kWp c/o Ospedale di Montepulciano, Impianto Fotovoltaico da 29,76 kWp c/o Distretto Ruffolo (Siena), Impianto Fotovoltaico da 32,4 kWp c/o Distretto/Sede Direzionale di Grosseto, Impianto Fotovoltaico da 19,8 kWp c/o Distretto Follonica, Impianto Fotovoltaico da 8,5 kWp c/o Distretto di Follonica (Ampliamento), Impianto Fotovoltaico da 8,1 kWp c/o Ospedale di Massa Marittima, Impianto Fotovoltaico da 19,5 kWp c/o immobile loc. Casa Mora (Castiglione della Pescaia), Cogeneratore c/o Ospedale Grosseto (Potenza Elettrica 1.330 kWe), Cogeneratore c/o Ospedale Arezzo (Potenza Elettrica 1063 kWe), Cogeneratore c/o Ospedale Valdarno (Potenza Elettrica 802 kWe), Cogeneratore c/o Ospedale di Poggibonsi (Potenza Elettrica 535 kWe), Cogeneratore c/o Ospedale Massa Marittima (Potenza Elettrica 90 kW), Cogeneratore c/o Ospedale di Montepulciano (Potenza Elettrica 635 kWe);
- le attività di efficientamento energetico già messe in atto dall'Azienda hanno già ottenuto i seguenti risultati: Riduzione dei Consumi Primari di 3.708,23 TEP/Anno (pari al - 16%) e Riduzione di Emissioni di CO2 pari a - 7.551,00 Tonn/Anno.

L'Azienda ha pianificato le azioni future in termini di efficientamento energetico con l'adozione di un piano aziendale approvato con Deliberazione del Direttore Generale n°1.456 del 16/11/2022, che prevede le seguenti linee di azione:

- Progetto Illumination a livello aziendale;
- Nuovi impianti fotovoltaici in Ospedali, Immobili Distrettuali e Direzionali;
- Attivazione nuovi impianti di Cogenerazione;
- Sostituzione dei trasformatori in Media Tensione con nuovi trasformatori ad alta efficienza e basse perdite, inserimento inverter nei sistemi di pompaggio e nei motori delle Unità di Trattamento Aria, sostituzione caldaie tradizionali con caldaie ad alta efficienza, riqualifica degli ascensori più vetusti con nuovi ascensori ad alta efficienza, sostituzione dei gruppi frigo vetusti con nuovi ad alta efficienza, sostituzione infissi, interventi sugli involucri edilizi (cappotti termici).

L'obiettivo del Piano di Efficientamento Energetico è quello di ridurre ulteriormente il fabbisogno di energia aziendale del 16%, con i seguenti ulteriori benefici ambientali:

- RIDUZIONE ANNUA DI CONSUMI DI ENERGIA PRIMARIA pari a - 3.149 TEP / Anno;
- RIDUZIONE ANNUA DI EMISSIONI IN ATMOSFERA pari a - 8.211 Tonn CO2 / Anno.

Promozione delle politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale, accessibilità digitale e accessibilità fisica

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

ESTAR, questa impostazione è stata confermata e accentuata nell'ambito della gestione dei progetti PNRR della Sanità Digitale.

Il progressivo sviluppo all'interno dell'Azienda USL TSE delle reti territoriali secondo il DM 77 è finalizzato al raggiungimento di elevati standard qualitativi dei servizi di assistenza sanitaria di prossimità. Considerato il ruolo rilevante delle nuove piattaforme digitali nei nuovi scenari dell'assistenza territoriale, queste dovranno assicurare il requisito dell'accessibilità come elemento imprescindibile per il loro efficace dispiegamento e per il successo del progetto.

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

L'Azienda, sotto la guida di una cabina di regia regionale ed Estar, contribuisce alle soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale accessibile anche sul territorio con l'adozione della Cartella AsterCloud. Questa permetterà alle COT di:

- tracciare il percorso del paziente
- gestire le dimissioni complesse integrandosi con la cartella elettronica

L'accesso ai servizi online e ad accesso semplificato, trasparente, viene sempre assicurato sempre dalla App regionale "Toscana Salute", che rende disponibili in un unico punto di accesso numerosi servizi erogati attraverso differenti Piattaforme Regionali. L'azienda ASL TSE proseguirà con le azioni di promozione e delle modalità di accesso ai servizi attraverso la App.

L'accesso ai servizi da parte del cittadino continua ad essere assicurato sia attraverso i Totem multifunzione che attraverso il servizio di invio per email dei referti di laboratorio e di diagnostica. Tale servizio è attivo e funzionante per tutto il territorio aziendale e facilmente attivabile per ogni cittadino presso gli sportelli front office.

Sugli stessi Totem è in via di sviluppo anche l'integrazione di un flusso di produzione dei referti di radiologia che permette di comprimere progressivamente i costi della produzione dei CD relativi alle immagini radiologiche.

Al fine di semplificare il processo di prenotazione ed unificare l'accesso ai punti di prenotazione, nel corso dell'anno è stata ampliata l'offerta di prestazioni presente sulla piattaforma CUP 2.0, in cui i cittadini possono infatti prenotare, oltre alle visite istituzionali, anche visite erogate di libera professione.

Il portale di prenotazione Zero code, sistema di prenotazione regionale per prelievi ed esami di Laboratorio Analisi, in cui con pochi passaggi si può prenotare on line l'accesso agli sportelli di accettazione prelievi, è stato ampliato con funzionalità che permettono di accedere direttamente ai servizi regionali quali: CUP Online, FSE, Borsellino Celiachia e portale di televista.

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

L'Azienda continua a valorizzare l'Ufficio Relazioni con il Pubblico per agevolare informazioni e l'utilizzo dei servizi dando soluzioni rapide ed immediate ai fabbisogni del cittadino. L'URP insieme al servizio Punto Informazione, attraverso un numero unico di call center, offre quindi una continua collaborazione come rilevante punto di contatto e supporto per gli utenti e opportunità di miglioramento per l'Azienda per implementare nuove iniziative.

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

nelle località periferiche e maggiormente disagiate, a cui hanno aderito varie Zone Distretto della nostra Azienda.

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

L'accessibilità fisica

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

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

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

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

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

La distribuzione diretta dei farmaci è uno dei canali di distribuzione che può portare dei vantaggi economici all'azienda migliorando anche il servizio reso ai cittadini. E' per questo motivo che, ormai da anni, l'Azienda si impegna nel migliorare questo servizio e in particolar modo nell'anno 2024 si prosegue nell'implementazione della consegna dei farmaci direttamente nel reparto / ambulatorio negli ospedali che non hanno la possibilità di avere uno sportello della farmacia ospedaliera.

Progetti di efficientamento

Nell'ambito della sostenibilità economica, particolare rilevanza avranno i progetti di efficientamento condivisi con la Regione Toscana.

Tali progetti riguardano l'utilizzazione dei servizi Core e No Core e altri percorsi aziendali.

Le azioni di razionalizzazione

Nel corso del 2023 l'azienda ha definito un piano specifico di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse. Scopo di tale piano è di approfondire alcuni filoni di analisi già monitorati dal sistema di programmazione e controllo aziendale, con l'obiettivo di contribuire a fornire alla direzione le informazioni necessarie per agire sempre più tempestivamente nella correzione di eventuali deviazioni rispetto a quanto programmato.

La ratio del piano è di andare a cercare, implementandole, le migliori soluzioni interne ai processi produttivi di supporto senza incidere sull'offerta dei servizi ai cittadini, tali da favorire una corretta ed ottimale allocazione delle risorse.

Abbiamo classificato le singole azioni programmate raggruppandole per obiettivi e progetti, e definito per ogni azione il responsabile della stessa.

Il responsabile del progetto è il soggetto, in genere un gestore di budget trasversale, che ha il compito di definire, impostare, attuare il progetto soprattutto sotto il profilo del coordinamento delle azioni. Ogni progetto prevede poi il coinvolgimento dei responsabili di linea ai quali è demandata la partecipazione alla realizzazione del progetto stesso e, in alcuni casi, la vera e propria realizzazione delle singole azioni.

Il coordinamento complessivo del piano è gestito in collaborazione tra le strutture dello Staff della Direzione aziendale e del Dipartimento Economico Finanziario, in particolare con il coinvolgimento dei responsabili del Controllo di gestione e dei settori Bilancio e Contabilità analitica.

Il piano è stato impostato nel 2023 ma riguarda l'ambito temporale di medio periodo; La valorizzazione delle singole azioni è in continuo aggiornamento, sia relativamente alla stima iniziale che allo stato di realizzazione della stessa. Progressivamente, gli effetti realizzati in termini economici saranno tenuti in considerazione nel monitoraggio mensile del Conto Economico. Allo stesso tempo, tali valorizzazioni saranno implementate e/o aggiornate anche per gli anni 2024, 2025 e 2026.

Efficientamento di tutti i servizi Core e No Core

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

Piano della Performance

La pianificazione triennale

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

1. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG):

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

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

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

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

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

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

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

La programmazione annuale

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

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

Per il 2024 tali obiettivi non sono stati ancora formalizzati con Delibera della Giunta Regionale e l'Azienda ha quindi inserito nella propria programmazione annuale gli indirizzi precedentemente impartiti o comunicati in altri modi, impegnandosi ad integrarli con quanto sarà disposto dal nuovo atto deliberato.

Dagli indirizzi regionali agli obiettivi aziendali: la performance organizzativa

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

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

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

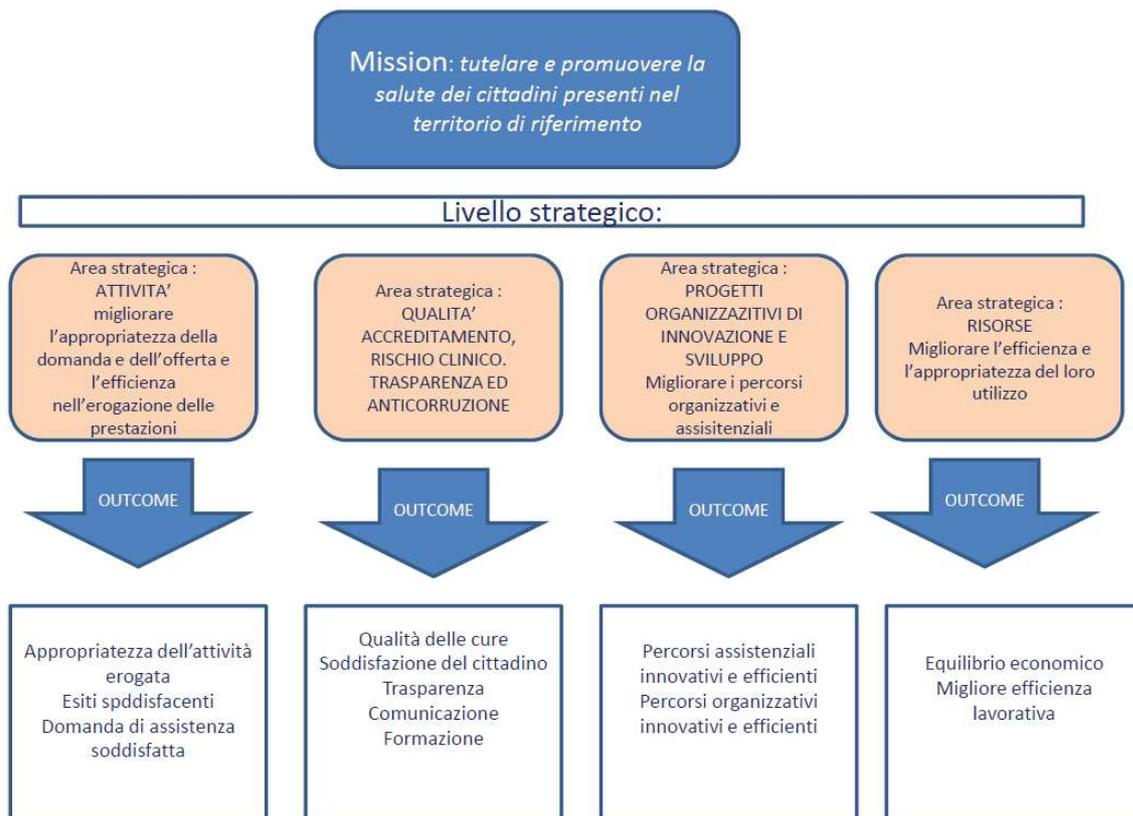
E' quindi nel processo di negoziazione del budget che si sostanzia la declinazione degli obiettivi strategici regionali verso l'azienda, nel suo complesso e in tutte le sue diverse articolazioni: l'azienda infatti indirizza la propria attività, monitora e valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi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

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

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

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

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



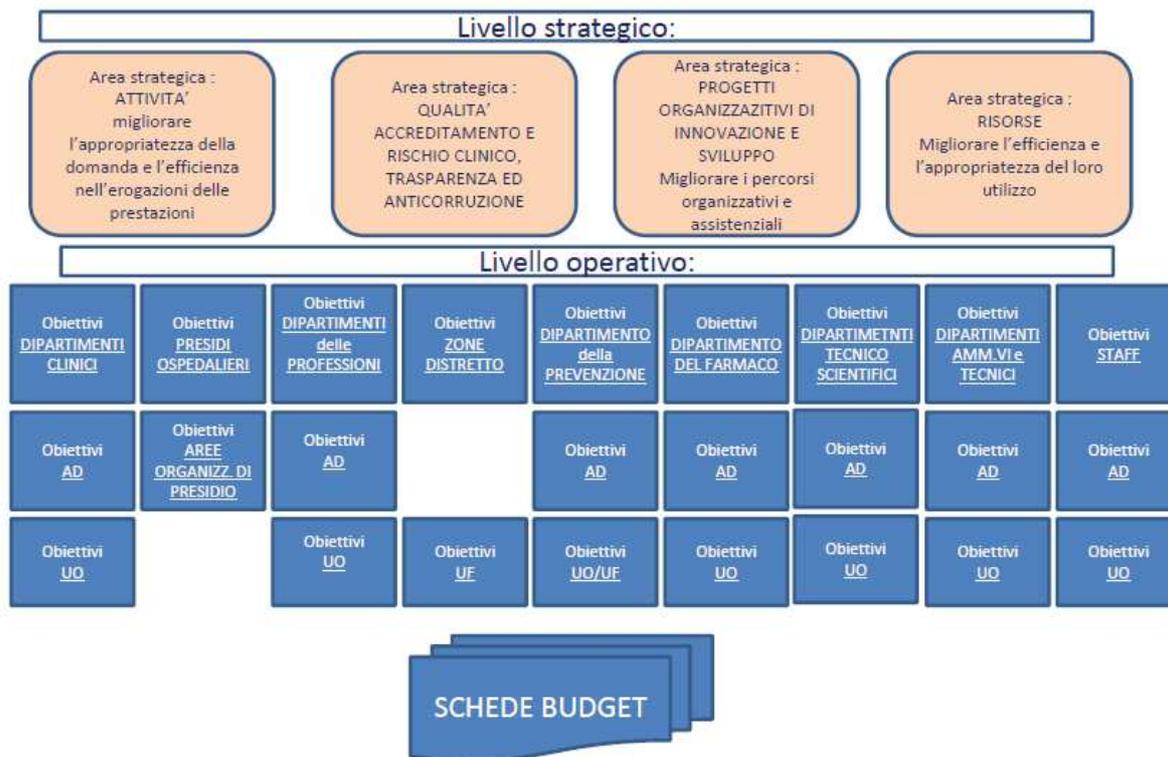
L'organizzazione aziendale prevede le seguenti macro-strutture:

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

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

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

- **verifiche intermedie**
- **reportistica periodica** trasmessa dal Controllo di Gestione
- **riunioni** a livello di struttura con gli operatori per la condivisione degli obiettivi, la verifica dell'andamento e la valutazione dei risultati finali



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

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

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

Dagli indirizzi regionali agli obiettivi aziendali: la performance individuale

Costituisce principio generale dell'organizzazione la responsabilizzazione del personale tutto e della dirigenza in particolare rispetto ai risultati da raggiungere. Relativamente alla performance individuale l'azienda ha iniziato nel 2016, a seguito della unificazione nella attuale Ausl Toscana Sudest delle tre ex Asl 7, 8 e 9 – Siena, Arezzo e Grosseto, il percorso di implementazione del Nuovo Sistema di Valutazione Unificato che andasse a tenere conto non solo delle disposizioni legislative nazionali in materia, ma anche di quanto delineato dalla Regione Toscana con le linee guida dettate dalla Delibera G.R. 308/2013 "Linee di indirizzo per l'implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale", con l'intento di affiancare alla performance organizzativa anche la Valutazione Individuale ed al contempo fornire l'input per un allineamento dei sistemi di valutazione aziendali nell'ambito del SSR. Il percorso avviato in Azienda viene sviluppato in parallelo sia per l'area contrattuale della Dirigenza

che del Comparto e vengono attivati anzitutto i tavoli di trattativa per la concertazione con le OO.SS. Quindi, delineati ed adottati i relativi regolamenti, è implementato il Nuovo Sistema di Valutazione dell'Ausl Toscana Sudest che attraverso una fase transitoria nel 2017, passa a regime nell'anno 2018 ed è ulteriormente migliorato nel 2019 con la gestione informatizzata della scheda di valutazione accompagnata da mirati corsi di formazione interna aziendale e con la distribuzione di opportune istruzioni operative per facilitare l'accesso e la gestione. Per ogni fase del processo viene ottemperato l'obbligo di pubblicazione sul sito aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente / Performance nei tempi e modi previsti dalle disposizioni normative, oltre alla pubblicazione di relativa informativa a tutti i diretti interessati sull'intranet aziendale e singola comunicazione tramite il canale della mail aziendale.

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

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

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

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

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

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

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

Sia nel sistema di valutazione del comparto che nel sistema di valutazione della dirigenza è prevista una procedura a garanzia dei valutati qualora la valutazione finale sia negativa, ossia inferiore a 50/100, può essere avviato il Contraddittorio su richiesta scritta del Valutato che inoltra domanda alla struttura aziendale competente che a sua volta la trasmette all'OIV. Quest'ultimo in sede di riesame ascolta il Valutato che potrà farsi assistere da persona di sua fiducia e presentare tutta la documentazione che

ritiene opportuna. A conclusione del contraddittorio l'OIV può confermare la valutazione negativa o trasformarla in positiva con motivazione scritta.

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

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

Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza

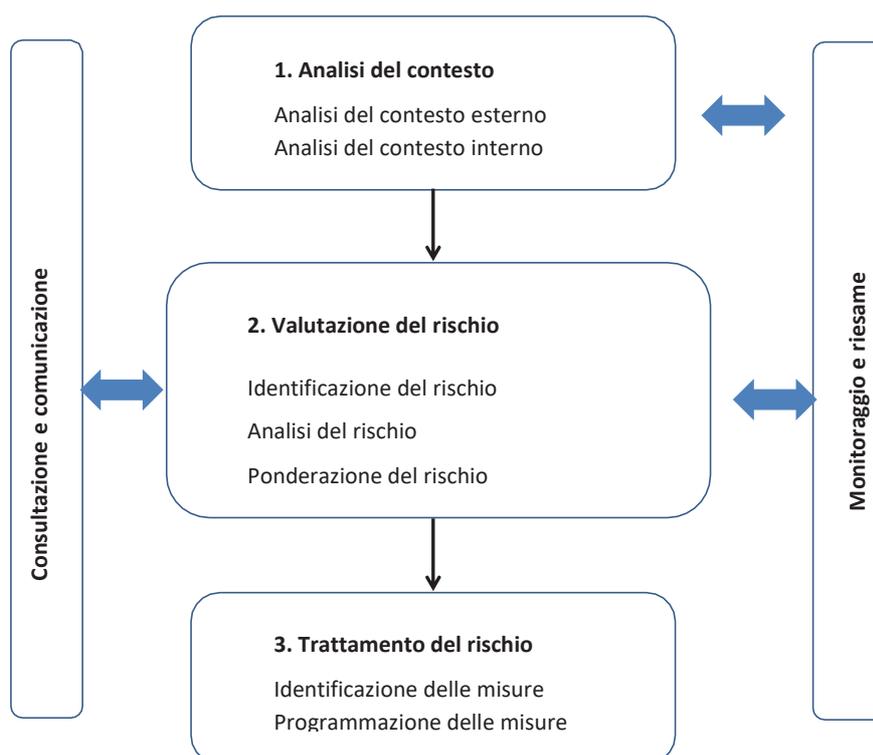
La gestione del rischio

La gestione del rischio di corruzione è un processo complesso che comprende l'insieme di attività, verifiche, procedimenti e controlli etc. posti in essere da vari soggetti aziendali coinvolti nel sistema di prevenzione.

Il processo messo in atto dal Responsabile della prevenzione della corruzione dell'Azienda USL Toscana sud est è stato costruito in coerenza con le indicazioni metodologiche di cui all'allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione 2019 approvato con delibera del Consiglio dell'Autorità (ANAC) n. 1064 del 13 novembre 2019 e i cui contenuti sono stati confermati nella Parte generale del Piano Nazionale Anticorruzione 2022 approvato con delibera del Consiglio dell'Autorità n. 7 del 17 gennaio 2023.

L'aggiornamento 2023 al Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con delibera del Consiglio dell'Autorità n. 605 del 19 dicembre 2023 conferma, a sua volta, la validità della Parte generale del Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Il processo relativo alla gestione del rischio di corruzione si articola nelle seguenti fasi:



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

Lo strumento attraverso cui l'Azienda, a partire dallo scorso anno, ha provveduto ad attuare una gestione del rischio quanto più possibile in linea con le indicazioni metodologiche di ANAC, compatibilmente con le modalità organizzative interne e le criticità di risorse disponibili è la scheda di gestione del rischio, dettagliatamente descritta nella "Procedura per la gestione del rischio di corruzione" che costituisce l'allegato n. 3 e che è stata utilizzata anche quest'anno per la mappatura dei processi dell'anno 2024.

CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno realizzata per la redazione della sezione anticorruzione del PIAO 2023 – 2025, prendeva spunto dal "Sesto rapporto sui fenomeni di criminalità organizzata" presentato dalla Scuola Normale Superiore di Pisa alla Regione Toscana nel dicembre 2022.

Nel rapporto, si evidenziava che molte attività economiche di matrice criminale hanno sede in Toscana e sono molto ben radicate nel tessuto economico regionale. Dal rapporto emergeva, non solo una grande capacità di alterazione della libera concorrenza con ampio uso del metodo mafioso, ma anche una notevole capacità di infiltrazione in molte province.

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

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

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

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

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

Quanto al primo punto, l'anno 2021 ha segnato una diminuzione delle iscrizioni di procedure per questi reati rispetto al 2020, da 3777 a 3659 (-3%), con, segnatamente, una diminuzione dei procedimenti per peculato (106 procedimenti, -39%, rispetto al 2020); un aumento dei procedimenti per concussione (+17 procedimenti, +31%); un certo calo del numero dei procedimenti per corruzione (67 procedimenti, -4%). Tali dati collocano la Toscana all'11° posto su scala nazionale per reati contro la Pubblica Amministrazione, e dunque al di sotto della media nazionale registrata nello stesso anno. Il dato toscano è, altresì, al di sotto della media nazionale per quello che riguarda i reati di concussione e corruzione

(rispettivamente 0,35 e 1,73 per 100mila ab.), ma non per il reato di peculato che vede la nostra Regione al 2° posto in Italia dopo il Molise.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il ruolo dei privati negli eventi corruttivi prende corpo soprattutto con le figure professionali caratterizzate da competenze tecniche che spaziano dall'ambito giuridico-notarile, al contabile-finanziario, all'ingegneristico-architettonico, etc, e occupano spesso ruoli cruciali nella realizzazione degli scambi occulti.

In previsione della redazione della sezione anticorruzione del PIAO 2024- 2026, sono state coinvolte le Prefetture di Arezzo, Siena e Grosseto al fine di valutare come le caratteristiche strutturali e

congiunturali del territorio nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

Quanto sopra è stato realizzato nel tentativo di acquisire dati più aggiornati rispetto al rapporto sopracitato e specificamente mirati alla valutazione delle tre realtà provinciali che caratterizzano l'Azienda USL Toscana sud est.

Di seguito, quanto desunto dalle fonti disponibili per gli aggiornamenti:

Provincia di Siena:

La Provincia di Siena si caratterizza per un tasso di delittuosità sostanzialmente contenuto. I reati maggiormente ricorrenti sono classificabili nel novero della cosiddetta "criminalità diffusa".

I principali delitti registrati nei periodi 1 gennaio – 30 novembre 2022 e 1 gennaio – 30 novembre 2023 sono:

- "predatori", si evidenzia al riguardo che i furti complessivamente intesi registrano un aumento in provincia (14,57%) che, invece, è più contenuto nel Comune di Siena (6,16%);
- relativi allo spaccio di sostanze stupefacenti che hanno subito un aumento del 26,32% nel Comune di Siena e un aumento del 9,43% in provincia;
- relativi a truffe e/o frodi informatiche, in leggero aumento in provincia (+2,60%) e in diminuzione nel Comune capoluogo (-5,59%). Segnatamente a tale tipo di reato, questa provincia continua a rappresentare una realtà geografica del tutto peculiare, laddove la carenza di strutture commerciali della grande distribuzione favorisce la propensione agli acquisti online, incrementando la probabilità di subire truffe e raggiri.

CRIMINALITÀ ORGANIZZATA E REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE: l'analisi dei fenomeni delittuosi nel periodo in analisi non ha evidenziato la presenza di strutture criminali stabilmente operative. Le indagini e le operazioni di polizia giudiziaria svolte hanno consentito di delineare uno scenario di presenze sporadiche di soggetti malviventi, collegati con i contesti criminali d'origine, che cercano di integrarsi nel tessuto sociale per reinvestire proventi illeciti attraverso l'acquisto di beni immobili, esercizi commerciali e l'acquisizione di imprese edilizie e agricole. Proprio per il contrasto dei tentativi di infiltrazione criminale nelle procedure di aggiudicazione e esecuzione dei contratti pubblici per lavori, servizi e forniture, la Prefettura ha stipulato, con i principali Enti locali della provincia, un apposito protocollo d'intesa con cui sono stati rafforzati i controlli preventivi previsti dal decreto legislativo 6 settembre 2011, n.159.

Non risultano registrati illeciti contro la Pubblica Amministrazione. Non si rilevano illeciti connessi al fenomeno dell'usura mentre sono in diminuzione le fattispecie di estorsione. Queste ultime non risultano maturate, comunque, in contesti di criminalità organizzata

* fonte: Prefettura di Siena

Provincia di Grosseto:

L'andamento della delittuosità nella Provincia di Grosseto nei periodi considerati (1 gennaio – 20 novembre 2022 e 1 gennaio 30 novembre 2023) evidenziano:

- una diminuzione dei furti complessivamente intesi in provincia (- 12,03%), diminuzione ancora più marcata nel Comune di Grosseto (-20,20%)
- una diminuzione dei reati connessi agli stupefacenti in provincia (- 14,19%), diminuzione meno considerevole nel Comune di Grosseto, pari a- 11,84%.
- un aumento dei delitti informatici che nel Comune di Grosseto si attesta intorno a 1,64%, ma che, nella provincia, registra un aumento del 12,21%.

* fonte: Prefettura di Grosseto

Provincia di Arezzo:

L'andamento della delittuosità nella Provincia di Arezzo nei periodi considerati (1 gennaio – 20 novembre 2022 e 1 gennaio 30 novembre 2023) evidenziano:

- un aumento dei furti complessivamente intesi in provincia (+ 17,35%), aumento decisamente meno marcato nel Comune di Arezzo (0,36%)
- una diminuzione dei reati connessi agli stupefacenti in provincia (- 13,93%), diminuzione molto considerevole nel Comune di Arezzo, pari a - 33,33%.
- una diminuzione dei delitti informatici sia nella Provincia di Arezzo (- 21,08%) che nel Comune di Arezzo (- 25%).

* fonte: Prefettura di Arezzo

CONTESTO INTERNO

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

Durante l'anno 2023, è continuato, almeno sul versante tecnico – amministrativo, il processo di riorganizzazione aziendale avviato nel 2020 con l'approvazione del nuovo Repertorio degli incarichi di funzione organizzativa e di funzione professionale di media ed elevata complessità afferenti ai Dipartimenti amministrativi e tecnico ed agli Staff della Direzione Aziendale e della Direzione Sanitaria (deliberazione n. 401 del 13 aprile 2023), cui sono seguiti atti di conferimento (deliberazione n. 789 del 13 luglio 2023 e successive) e di rinnovo (deliberazione n. 793 del 13 luglio 2023) degli incarichi stessi. In un'Azienda delle dimensioni e della complessità desumibili dalla lettura della "Scheda anagrafica dell'amministrazione", l'obiettivo di individuare ruoli e responsabilità e conferire i relativi incarichi, assume una rilevanza strategica al fine di prevenire potenziali fenomeni di corruzione.

Molteplici sono state nell'anno 2023 le iniziative tese a conferire all'Azienda un'identità definita, basata su regole chiare e condivise. L'elenco che segue non ha la pretesa di essere esaustivo: dalla definizione del **Documento di programmazione per il triennio 2023-2025**, redatto in collaborazione con l'Azienda ospedaliero universitaria Senese, approvato con deliberazione aziendale n. 62 del 23 gennaio 2023 - cui ha fatto seguito la deliberazione n. 851 del 26 luglio 2023 relativa all'approvazione definitiva del documento a seguito di deliberazione di Giunta Regionale - ad una serie di altre iniziative quali l'avvio di un percorso aziendale di certificazione di qualità tecnico amministrativa su impulso della Direzione Amministrativa che ha individuato nella Certificazione UNI EN ISO 9001: 2015 un utile strumento per il raggiungimento di standard di qualità congrui rispetto ai requisiti richiesti dai livelli di qualità dei processi di erogazione e produzione.

Rispetto agli obiettivi di qualità richiesti dalla norma UNI En ISO 9001.2015 sono state definite procedure e percorsi di facilitazione degli accessi, di semplificazione e di sostegno alle attività ricercando collaborazione con le strutture coinvolte operando quindi non più soltanto in previsione del rispetto della norma, ma con l'obiettivo di esaudire i bisogni di assistenza sanitaria e sociale dell'utente. In questo scenario è diventato strategico anche l'aspetto formativo che è stata la leva portante per creare una rete di facilitatori della qualità (50).

Rispetto al progetto presentato, la Commissione Kiwa, in qualità di ente terzo ed indipendente riconosciuto da Accredia (Ente Unico Nazionale di Accreditamento) ha verificato il sistema di gestione della qualità costruito certificandolo ai sensi della norma UNI EN ISO 9001:2015.

Contemporaneamente, nel settore amministrativo, l'anno 2023 è stato contraddistinto dall'approvazione di specifici **Regolamenti operativi di macrostrutture tecnico-amministrative**

(Regolamento operativo Dipartimento Affari Generali, deliberazione n. 137 del 14 febbraio 2023, Regolamento operativo Staff Direzione Aziendale, deliberazione n. 704 del 21 giugno 2023, Regolamento operativo Dipartimento Risorse Umane, deliberazione n. 953 del 12 settembre 2023), sempre con l'obiettivo di individuare una cornice organizzativa definita, chiara e condivisa.

Sul versante dell'anticorruzione, oltre all'approvazione – più volte citata – del **Regolamento definitivo sul conflitto di interessi**, con deliberazione n. 1302 del 15 dicembre 2023 che ha teso ad individuare una interpretazione univoca della complessa normativa in materia, fornendo una modulistica unica ed omogenea con le altre Aziende del servizio sanitario toscano, il Responsabile della prevenzione della corruzione e il Responsabile della Trasparenza hanno promosso con forza la nomina e la formazione di una **Rete stabile e strutturata di referenti aziendali in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza** con deliberazioni n. 411 del 13 aprile 2023 e n. 707 del 21 giugno 2023, con la consapevolezza che soltanto con una penetrazione capillare del sistema anticorruzione nei gangli organizzativi delle strutture organizzative aziendali sarebbe stato possibile prevenire qualsiasi forma di episodio corruttivo. Largo spazio è stato dedicato alla formazione dei Referenti, come meglio specificato nell'omonimo paragrafo.

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

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

Infine, come già precisato nella sezione anticorruzione del PIAO 2023-2025, in relazione alle iniziative inerenti l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), per evidenziare se la struttura organizzativa aziendale possa influenzare l'esposizione al rischio corruttivo della stessa, si ribadisce che l'Azienda non sta procedendo in maniera autonoma ad effettuare le relative gare di appalto, ma si limita ad aderire agli accordi quadro stipulati dall'agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa s.p.a. - Invitalia per l'attuazione degli interventi di competenza ricadenti nella missione m6 – salute del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), cofinanziata dal piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC).

L'adesione agli accordi quadro era stata disposta con deliberazioni n° 899, 901 e 902 del 30 giugno 2022, rispettivamente per le aree provinciali di Grosseto, Arezzo e Siena, mentre, la gestione dei contratti per beni e servizi è funzione propria dell'Ente di supporto tecnico amministrativo della Regione (ESTAR) che assicura il processo per conto delle Aziende Sanitarie.

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

LA MAPPATURA DEI PROCESSI

La mappatura, attraverso le fasi di identificazione, descrizione e rappresentazione, consente di individuare le vulnerabilità presenti nei processi e, quindi, i rischi di corruzione che richiedono idonee misure di prevenzione.

Negli anni compresi tra il 2016 e il 2021 l'Azienda aveva proceduto ad una mappatura dei processi costante e capillare, tanto che, fino al 2021, la mappatura di almeno due processi aveva costituito obiettivo di budget aziendale per tutte le strutture titolari di budget.

Dal 2021 per l'anno 2022, il Responsabile della prevenzione della corruzione, fermo restando il patrimonio informativo desunto dalla mappatura pregressa, ha deciso di effettuare un focus su un gruppo di processi selezionati.

Nell'anno 2022 pertanto i processi "attenzionati" sono stati **60**, estrapolati dal novero dei circa 1500 processi censiti dalla data di costituzione dell'Azienda, i quali, per la prima volta, sono stati analizzati secondo la metodologia della gestione del rischio, dettagliatamente descritta nella "Procedura per la gestione del rischio corruzione" sopra citata e i cui esiti inerenti il monitoraggio sono stati descritti nel paragrafo relativo a "Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure" del PIAO approvato con deliberazione n. 75 del 27 gennaio 2023.

I 60 processi mappati per l'anno 2022 costituiscono l'allegato n. 4.

Per **l'anno 2023**, l'RPC aveva provveduto a selezionare **n. 49 processi**, individuati in condivisione con i Direttori di struttura e/macrostruttura interessati con i quali sono state effettuate specifiche riunioni nell'autunno 2022 al fine di censire i processi ritenuti più significativi in considerazione di una potenziale esposizione a rischi corruttivi, sia perché afferenti alle Aree di rischio individuate da ANAC, sia perché si trattava di processi di gestione di risorse finanziarie o connotati da un certo livello di discrezionalità o di notevole impatto socio economico, compresi numerosi processi afferenti al Dipartimento Tecnico, nonostante che, per l'Azienda USL Toscana sud est, le gare correlate al PNRR siano state stipulate dall'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa s.p.a. – Invitalia, come già precisato nel paragrafo precedente.

Con i Dirigenti coinvolti, l'RPC aveva condiviso la strategia di procedere ad una nuova mappatura dei processi selezionati, dalla quale avrebbero dovuto emergere le misure individuate per la mitigazione del rischio e di cui viene dato conto nel paragrafo relativo a "Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure" del presente documento.

I 49 processi mappati per l'anno 2023 costituiscono l'allegato n. 5.

Per **l'anno 2024**, l'RPC ha proceduto a mappare **n. 38 processi** seguendo i seguenti criteri:

- a) per alcuni processi è stata richiesta la mappatura ai relativi Responsabili in quanto, nel corso dell'anno, all'RPC sono state evidenziate criticità organizzative oppure sono giunte segnalazioni in relazione a potenziali elementi di rischio corruttivo che ne rendevano consigliabile mappatura, valutazione e trattamento del rischio nonché il successivo monitoraggio.

Costituiscono esempi della prima tipologia i processi relativi a:

- modalità di assegnazione del servizio di trasporto urgente dalle centrali operative di II° livello alle A.V./C.R.I.;
- gestione delle anomalie nella rilevazione delle presenze.

Costituiscono esempi della seconda tipologia i processi relativi a:

- modalità di reclutamento del personale per effettuazione delle prestazioni aggiuntive;
- richiesta latti artificiali presso la Neonatologia.

- b) alcuni processi sono stati suggeriti dai Referenti anticorruzione nominati nel corso degli incontri realizzati con l'RPC e la struttura di supporto per la formazione degli stessi Referenti in quanto ritenuti meritevoli di mappatura. La conoscenza delle strutture e dei modelli organizzativi ha permesso ai Referenti anticorruzione nominati e formati di cogliere le potenziali criticità di processi

e procedure che altrimenti avrebbero potuto sfuggire all'RPC e alla struttura di supporto, non avendo una familiarità capillare con le modalità organizzative delle singole strutture di un'Azienda tanto vasta.

Ne sono esempi i seguenti processi:

- modalità di autorizzazione dei subappalti;
- controlli di unità locale per fini di sanità pubblica;
- erogazione dei voucher di libera scelta delle R.S.A.

c) il terzo gruppo di processi è costituito da quelli per i quali, al momento del monitoraggio sull'attuazione delle misure dei processi dell'anno precedente di cui al successivo paragrafo, è emerso che le misure individuate per l'anno 2023 NON erano state attuate.

Per questi 10 processi – diventati 11 per lo sdoppiamento di uno di essi , l'RPC ha valutato opportuno richiedere al relativo Responsabile una ulteriore mappatura, con valutazione del rischio e successiva individuazione e programmazione delle misure.

L'elenco completo dei processi relativi all'anno 2023 per i quali le misure non sono state attuate, costituisce l'allegato n. 6.

In particolare, 6 di questi processi, afferenti a diverse aree di rischio, preludono direttamente **allo sviluppo dell'assistenza territoriale**, rispetto ai quali l'Azienda manifesta particolare attenzione in quanto destinati ad incrementarne il valore pubblico, come meglio specificato nella relativa sezione, in cui si è espressamente ribadito l'obiettivo di perseguire la piena attuazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

I processi mappati afferiscono alle principali aree di rischio individuate da ANAC:

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

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

I processi selezionati per questo settore sono **5**, tutti relativi a provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

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

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

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

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

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

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

I processi selezionati sono **3**.

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

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

Il processo selezionato è 1.

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni:

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

I processi selezionati sono 6.

Incarichi e nomine:

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

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

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

1 processo mappato per quest'anno.

Affari legali e contenzioso:

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

I processi mappati quest'anno sono 2.

I restanti processi esaminati afferiscono alle **AREE SPECIFICHE** individuate per Aziende ed Enti del servizio sanitario:

Attività libero professionale:

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

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

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

Liste di attesa:

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

I processi selezionati per la nuova mappatura sono 2.

Rapporti contrattuali con soggetti erogatori:

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

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

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

Per la rilevanza dell'area sopracitata, è stato deciso di mappare **1** processo in materia.

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

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

Per la rilevanza del processo in oggetto, sono stati mappati **3** processi dell'area.

Attività conseguenti al decesso:

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

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

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

Per la rilevanza del processo in oggetto, sono stati mappati **3** processi dell'area.

Altro (Sponsorizzazioni e Donazioni):

2 processi mappati.

L'elenco completo dei processi mappati per l'anno 2024 costituisce l'allegato n. 7.

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO

La valutazione del rischio ha lo scopo di identificare, analizzare e ponderare i rischi di corruzione presenti nei processi che possono minare il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa, al fine di individuare le priorità di intervento e le misure di prevenzione.

Come precisato in premessa, l'Azienda ha operato al fine di adeguarsi a quanto previsto nelle indicazioni metodologiche di cui all'allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione 2019, approvato con delibera del Consiglio dell'Autorità (ANAC) n. 1064 del 13 novembre 2019.

Per effettuare la valutazione del rischio di ciascun processo selezionato, si è proceduto a costruire uno specifico strumento di valutazione, dettagliatamente descritto nella "Procedura per la gestione del rischio corruzione" (allegato n. 3) in cui è possibile consultare tutte le domande somministrate ai Responsabili dei processi al momento della mappatura degli stessi, comprese quelle correlate all'analisi dei fattori abilitanti il cui esito determina la valutazione del rischio inerente.

Lo strumento che, a sua volta, costituisce l'allegato n.1 alla Procedura sopra citata è denominato

“scheda di gestione del rischio” e consta a sua volta di n.3 sezioni, “valutazione rischio inerente”, “valutazione del rischio residuo” e “scheda di rischio”. Viene somministrato ai Responsabili dei processi tramite un link personalizzato inviato a ciascuno che li guida in un format in cui un percorso obbligato determina l’obbligo di procedere alla descrizione del processo e di rispondere ad una serie di domande per la valutazione del rischio inerente e del rischio residuo e per l’individuazione delle misure di trattamento del rischio.

Per un esame più approfondito dello strumento, si rinvia alla “Procedura per la gestione del rischio di corruzione” sopra citata.

L’allegato n. 7 relativo ai processi mappati per l’anno 2024 costituisce soltanto un estratto del più articolato set di domande sottoposto a ciascun Responsabile di struttura per effettuare la mappatura, la valutazione e il trattamento del rischio, i cui contenuti integrali sono agli atti della struttura di supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Dall’estratto in questione, per ciascun processo si evincono altresì:

- struttura e macrostruttura di afferenza del processo
- Responsabile del processo
- valutazione del rischio inerente
- idoneità dei controlli per valutazione del rischio residuo
- le misure specifiche individuate per ciascun processo
- descrizione delle misure
- fasi e/o modalità con cui verranno attuate le misure
- descrizione dei tempi di attuazione delle misure
- Responsabili delle misure
- Indicatori di monitoraggio delle misure
- target – valore atteso
- tempistica relativa alla trasmissione degli esiti del monitoraggio

Per l’**anno 2024**, inoltre, l’RPC ha disposto di attribuire a tutte le strutture coinvolte nel processo di mappatura dell’anno in corso, l’obiettivo trasversale **AZ_B4_017 Adozione di misure di prevenzione del rischio individuate nella Sezione Prevenzione della Corruzione del P.I.A.O** con lo scopo di sensibilizzare ulteriormente i relativi Responsabili.

Monitoraggio sull’idoneità e sull’attuazione delle misure

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

Come precedentemente accennato, in concomitanza con la redazione del documento sopracitato, l’RPC aveva effettuato la scelta di selezionare 60 processi ritenuti maggiormente significativi afferenti alle aree di rischio individuate da ANAC.

I 60 processi erano stati trattati secondo la metodologia di cui alla “Procedura per la gestione del rischio di corruzione” (allegato n. 3) con l’unica variante che prevedeva l’individuazione di una soglia di sbarramento in base alla quale soltanto i processi che avessero ottenuto un punteggio medio di rischio residuo “adeguato”, “parzialmente adeguato” o “non adeguato/assente”, avrebbero dovuto subire un ulteriore trattamento del rischio rispetto alle misure già esistenti e individuate nel corso degli anni precedenti.

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

a. n° 49 processi avevano presentato una valutazione media di rischio residuo pari a “prevalentemente adeguato” o “molto adeguato”, per cui, in coerenza con le indicazioni metodologiche del PNA ANAC 2019, al fine di effettuare una reale azione di ponderazione del rischio, non si era

provveduto ad individuare ulteriori misure per il trattamento del rischio rispetto a quelle a suo tempo individuate;

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

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

Di conseguenza, per questi 11 processi, la metodologia individuata nell’anno 2021 aveva reso obbligatoria la compilazione della “scheda di rischio” ai fini della programmazione di ulteriori misure per il trattamento del rischio.

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

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

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

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

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

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

Al fine di effettuare un monitoraggio a circa nove mesi di distanza, entro la data del 31 dicembre 2022, l’RPC, aveva provveduto ad acquisire le attestazioni di conferma che i titolari degli 11 processi avevano trasmesso nei termini previsti la documentazione utile e rendicontato l’attuazione delle misure sopra indicate alla struttura di Internal Audit, individuata a supporto dell’RPC.

Ad un’attenta riflessione nel corso dell’anno 2022, l’RPC ha ritenuto opportuno rielaborare la “Procedura per la gestione del rischio di corruzione” nella versione attuale (allegato n. 3), eliminando la soglia di sbarramento che limitava l’obbligo di individuare ulteriori misure di trattamento del rischio per processi il cui rischio residuo fosse superiore ad una determinata soglia, in quanto questa impostazione limitava fortemente l’introduzione di misure.

Ne è conseguito che, per l’anno 2023 sono stati mappati n. 49 processi per un totale di 74 misure di trattamento del rischio individuate.

Anche per l’anno 2023, l’RPC aveva disposto di attribuire a tutte le strutture interessate al processo di mappatura, l’obiettivo trasversale **AZ_B4_017 Adozione di misure di prevenzione del rischio individuate nella Sezione Prevenzione della Corruzione del P.I.A.O.**

Dal monitoraggio effettuato a fine anno, è emerso che, in relazione ai 49 processi mappati, per i quali sono state individuate un totale di 74 misure:

- 62 misure sono state regolarmente attuate e, laddove possibile, è stata fornita documentazione della relativa attuazione
- 12 misure non sono state attuate, relative a n. 10 processi per i quali l'RPC ha disposto una ulteriore mappatura per l'anno 2024 con valutazione e trattamento del rischio, come meglio specificato nel paragrafo "La mappatura dei processi".

Di seguito un riepilogo delle misure individuate:

- Misure trattamento del rischio – anno 2023	- Previste	- Attuate	- Non attuate
- Misura di controllo	- 7	- 6	- 1
- Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	- 5	- 5	- 0
- Misura di disciplina del conflitto di interessi	- 10	- 10	- 0
- Misura di formazione	- 18	- 14	- 4
- Misura di regolamentazione	- 17	- 12	- 5
- Misura di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari"	- 1	- 1	- 0
- Misura di rotazione	- 4	- 3	- 1
- Misura di semplificazione	- 1	- 1	- 0
- Misura di sensibilizzazione e partecipazione	- 4	- 4	- 0
- Misura di trasparenza	- 7	- 6	- 1
- Totale	- 74	- 62	- 12

Per un esame delle motivazioni di mancata attuazione delle misure di trattamento del rischio per l'anno 2023, si rinvia all'allegato 6, come precisato nel paragrafo relativo alla "Mappatura dei processi".

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Le misure generali

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

Il codice di comportamento

All'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n° 165 viene inserito il comma 1 bis, introdotto dall'art. 4 comma 1 lettera a) del decreto legge 30 aprile 2022, convertito con modificazioni dalla legge 29 giugno 202 n° 79 che prevede l'inserimento nel Codice di comportamento di una sezione dedicata

al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione.

Il comma 2 del decreto legge sopra citato aveva previsto che il codice fosse aggiornato entro il 31 dicembre 2022.

A tal fine, l'Azienda aveva proceduto ad integrare il Codice di comportamento approvato con deliberazione n° 893 del 11 agosto 2020 e la relativa bozza rivista alla luce delle novità normative sopra indicate era stata pubblicata sul sito aziendale affinché fosse sottoposta a procedura aperta di partecipazione per raccogliere suggerimenti ed osservazioni in previsione dell'adozione di un documento definitivo condiviso con dipendenti, sindacati, gruppi, comitati, associazioni, rappresentanze delle categorie produttive.

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

Nell'anno 2023 la diffusione del Codice di Comportamento è stata capillare e costante per due ordini di motivi:

- in primo luogo perché a tutte le strutture è stato assegnato l'obiettivo **AZ_B4_001b** "Divulgazione del Codice di Comportamento e P.I.A.O. riscontrabile da riunione di struttura o da altre iniziative ove risulti il livello di partecipazione degli operatori". Da un riscontro effettuato a metà dicembre 2023, **523** strutture su **551** hanno raggiunto l'obiettivo.
- in secondo luogo perché la diffusione del Codice di Comportamento è stato oggetto di numerosi eventi formativi, come risulta chiaramente dai dati riportati nella specifica sezione relativa alla "Formazione".

Per l'anno 2024 l'Azienda si pone l'obiettivo di proseguire nella diffusione del Codice di comportamento, come meglio si potrà evincere dal paragrafo su "La formazione" e di presidiare in merito allo stato di applicazione dello stesso e all'attività di formazione del personale per la conoscenza e la corretta attuazione del documento, avendo previsto lo svolgimento di un ciclo formativo obbligatorio, sia a seguito di assunzione, sia in ogni caso di passaggio a ruoli o a funzioni superiori, nonché di trasferimento del personale.

Misure di disciplina del conflitto di interesse

Riguardo al conflitto di interessi, nell'anno 2022, il RPC ha agito in due direzioni:

a) ha posto come obiettivo di budget trasversale a tutte le strutture aziendali l'obiettivo codice "AZ_B4_013 - Compilazione report sul conflitto di interesse del personale afferente la struttura" al fine di sensibilizzare tutti i centri di responsabilità aziendali in merito alla rilevanza della tematica in oggetto e come occasione di riflessione circa il ruolo che ciascun Dirigente di struttura deve assumere nella valutazione di potenziali situazioni di conflitto di interessi che possano presentarsi;

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

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

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

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

Per **l'anno 2023** l'RPC aveva attribuito a tutte le strutture l'obiettivo **AZ_B4_016** "Divulgazione del Regolamento sul Conflitto di Interessi riscontrabile da riunione di struttura o da altre iniziative ove risulti il livello di partecipazione degli operatori. Numero riunioni e/o iniziative" al fine di garantirne la massima diffusione.

Come ulteriore obiettivo per l'anno 2023, l'RPC aveva manifestato il proposito di formalizzare un Regolamento definitivo, a seguito della conclusione del periodo di sperimentazione durante il quale sarebbero state recepite osservazioni ed istanze da cittadini e stakeholder, nonché l'eventuale parere favorevole dell'Organismo indipendente di valutazione.

Il Regolamento definitivo è stato approvato con deliberazione n. 1302 del 15 dicembre 2023.

Il documento consiste in una versione ulteriormente aggiornata, messa a punto in collaborazione con il Coordinamento Regionale dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende sanitarie toscane che hanno ritenuto necessario rivedere la prima versione a seguito dell'entrata in vigore del Decreto legislativo 312 marzo 2023 n. 36 relativo al Codice dei contratti pubblici.

Come preventivato, il Regolamento ha avuto ampia diffusione per raccogliere eventuali osservazioni ed istanze da cittadini e stakeholders e sulla versione definitiva è stato acquisito il parere favorevole dell'Organismo indipendente di valutazione.

Ulteriori iniziative di formazione realizzate nel corso dell'anno sono dettagliatamente descritte nel paragrafo relativo a "La formazione".

Per **l'anno 2024**, l'Azienda si ripropone di continuare a perseguire la diffusione del Regolamento e di procedere ad ulteriori revisioni, qualora si rendessero necessarie.

Inconferibilità / incompatibilità di incarichi

A seguito di condivisione effettuata nel corso del 2021, con il Coordinamento regionale dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende sanitarie toscane, nell'ambito del quale si è giunti ad un'interpretazione condivisa delle recenti deliberazioni di ANAC in merito all'applicabilità del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39, si è provveduto ad adottare in via sperimentale il Regolamento relativo alla gestione del conflitto di interessi, approvato con deliberazione n° 1629 del 27 dicembre 2022 che, al Capo IV tratta specificamente de "Le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi", approntando la relativa modulistica.

Come meglio precisato nel paragrafo precedente, con deliberazione n. 1302 del 15 dicembre 2023 è stato approvato il Regolamento definitivo sul conflitto di interessi, a conclusione della citata fase sperimentale ed a seguito dell'aggiornamento dovuto all'entrata in vigore del decreto legislativo 31 marzo 2023 n. 36 relativo al nuovo Codice degli appalti pubblici.

Il Capo IV del Regolamento prende atto di quanto disciplinato dal Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n° 1146 del 25 settembre 2019 relativa all'applicabilità della disciplina del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39 agli incarichi dirigenziali non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario.

ANAC infatti, ha stabilito che gli incarichi dirigenziali non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario, rientrano nella definizione di "incarichi

dirigenziali interni e esterni” di cui all’art. 3 comma 1 lett. c) del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39 per i quali vigono le ordinarie regole previste dal citato decreto, non essendo sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medico sanitaria.

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

Nel corso dell’anno 2023, durante l’applicazione sperimentale del Regolamento, l’Azienda ha provveduto pertanto ad acquisire:

- n. 34 dichiarazioni di assenza di cause di inconfiribilità
- n. 42 dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità

Le dichiarazioni sono state richieste per gli incarichi di Direzione (ad eccezione che per il Direttore Generale per il quale provvede Regione Toscana), per i Direttori di Zona Distretto, come già attuato negli scorsi anni, ma anche per i Dirigenti individuati dal Capo IV del citato Regolamento, a cura delle competenti strutture del Dipartimento Risorse Umane.

Anche per questo specifico settore, per l’anno 2024 l’Azienda si pone l’obiettivo di dare la più ampia diffusione nonché piena attuazione al Regolamento stesso.

Gli incarichi extraistituzionali

La materia del conferimento e autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali in Azienda è disciplinata dalla deliberazione aziendale n. 739 del 29 agosto 2017.

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

A conferma dell’elevata sensibilizzazione e della sostanziosa partecipazione raggiunta, RPC e Direttore della UOC Gestione giuridica del personale dipendente e convenzioni uniche avevano valutato di riproporre anche per il 2023 lo stesso calendario formativo. Era stato inoltre previsto un incontro informativo con le Organizzazioni sindacali da tenersi nel mese di gennaio 2023, per favorire l’approfondimento sia della parte normativa/regolamentare che di casi pratici ed esperienziali.

Nell’anno 2023 sono stati pertanto realizzati tre eventi formativi, uno per ciascuna area provinciale, in cui, sulla falsariga dell’anno precedente, è stato proposto uno specifico focus sull’attività extra impiego nell’ambito dei corsi previsti per la formazione sul Regolamento sulla gestione del conflitto di interessi. Durante tutta l’annualità è continuata l’attività di consulenza e supporto fornita dall’Ufficio per la “Gestione Incarichi Extra Istituzionali” sia al personale del comparto che all’area dirigenza, al fine anche di permettere la presentazione di istanze conformi alla normativa in materia di attività extraistituzionali e di conseguenza al relativo regolamento aziendale di riferimento. Questa modalità consente di aumentare la capacità di valutazione e di vigilanza dei dirigenti/responsabili chiamati sia a vigilare sugli incarichi extra istituzionali dei propri collaboratori sia ad esprimere un preventivo parere alle richieste di svolgimento di incarichi/attività extraistituzionali.

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

In definitiva, anche per l’anno 2023 non sono risultati casi di violazione del Regolamento di riferimento.

Nel corso dell'anno, in Azienda, sono stati autorizzati n. 1636 incarichi extra istituzionali e n. 2 incarichi non sono stati autorizzati.

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

Per l'anno 2024, l'Azienda si propone l'obiettivo di approvare il nuovo schema di regolamento già predisposto.

Divieti post-employment (pantouflage)

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

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

Per quanto concerne le MISURE, l'Azienda per l'anno 2023 aveva confermato quanto già proposto negli anni precedenti:

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

Per quanto riguarda il MODELLO OPERATIVO relativo alla verifica sul divieto di pantouflage, secondo le previsioni del Piano Nazionale Anticorruzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione è chiamato a verificare la corretta attuazione delle misure, anche attraverso attività volte ad acquisire informazioni utili in merito al rispetto del divieto di pantouflage.

Tale verifica è stata effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione per l'anno 2023, avendo rilevato che quanto previsto ai punti 1) e 2) è stato pedissequamente rispettato dalle competenti strutture del Dipartimento Risorse Umane.

Per quanto riguarda la previsione di cui al punto 3), è stato rilevato presso il Dipartimento Tecnico che, finora, la dichiarazione pantouflage era resa dagli operatori economici nel DGUE o negli atti prodromici alla gara, in quanto causa ostativa alla contrattualizzazione con la PA.

Su espressa indicazione del RPC, il punto 2) dovrà essere rispettato integralmente e, pertanto, anche nei contratti di appalto del Dipartimento tecnico dovrà essere inserita specifica clausola di divieto.

Particolare risonanza è stata inoltre conferita alla misura in questione, oggetto di specifica trattazione nei corsi di formazione in presenza organizzati dall'RPC e di cui si dà puntuale evidenza nel paragrafo successivo.

L'Azienda USL Toscana sud est nell'anno 2024, in attesa che ANAC produca un Regolamento in materia, provvederà ad elaborare una procedura concordata tra il Responsabile della prevenzione della corruzione e il Dipartimento Risorse Umane che tenga conto della maggior rilevanza attribuita dalla normativa vigente a questa specifica misura.

La formazione

Nell'anno 2023 si sono regolarmente svolti numerosi eventi formativi, come si evince in dettaglio dai prospetti riepilogativi che seguono:

Corsi / Incontri organizzati									
Data	Corso/Incontro	Destinatari	Area territoriale/Dipartimento	Ore di formazione					
				Ore evento	RPCT	Staff RPCT	Referenti	Dirigenti	Funzionari
06/04/2023	Codice Etico e Codice di condotta aziendale: dai valori ai comportamenti. Focus sull'uso corretto dei social media aziendali	Tutti i dipendenti	Arezzo	5					
21/04/2023	Codice Etico e Codice di condotta aziendale: dai valori ai comportamenti. Focus sull'uso corretto dei social media aziendali	Tutti i dipendenti	Grosseto	5					
27/04/2023	Codice Etico e Codice di condotta aziendale: dai valori ai comportamenti. Focus sull'uso corretto dei social media aziendali	Tutti i dipendenti	Siena	5					
10/05/2023	Incontro divulgativo Prevenzione della Corruzione	Tutti i dipendenti	Nottola	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
17/05/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Tutte le province	4,5	30,5	30,5	12,5	12,5	12,5
26/06/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Siena	5					
27/06/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Arezzo	5					
05/07/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Grosseto	4					
18/07/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Zone Distretto	1					
20/07/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Presidio Ospedaliero	1					
20/07/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Dip. Prevenzione	1					

18/08/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Dip. Farmaco	1					
24/08/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Dip. Gestione Economiche e Finanziarie	1					
24/08/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Area Contratti	1					
25/08/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	U.O.C. Controllo di Gestione	1					
25/08/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Dip. Tecnico	1					
25/08/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Privato Accreditato	1					
11/09/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Dip. Risorse Umane	1					
20/04/2023	Gestione del rischio Incontro online	Referenti Prevenzione della Corruzione	Tutte le province	2					
21/09/2023	Il nuovo Regolamento sulla disciplina del conflitto di interessi: focus sulla gestione dell'attività extra impiego	Tutti i dipendenti	Arezzo	5					
26/09/2023	Il nuovo Regolamento sulla disciplina del conflitto di interessi: focus sulla gestione dell'attività extra impiego	Tutti i dipendenti	Grosseto	5	15	15	5	5	5
03/10/2023	Il nuovo Regolamento sulla disciplina del conflitto di interessi: focus sulla gestione dell'attività extra impiego	Tutti i dipendenti	Siena	5					
24/10/2023	Webinar: Il codice di comportamento e l'uso dei social network aziendali – FAD Sincrona	Tutti i dipendenti	Tutte le province	4	4	4	4	4	4
23 date, due volte al mese	CORSO NEOASSUNTI AZIENDA USL TOSCANA SUD EST: ORGANIZZAZIONE E CODICE DI COMPORTAMENTO	Tutti i dipendenti	Tutte le province	4	92	92	0	4	4

Corsi Piattaforma Regionale Formas									
Data	Corso/Incontro	Destinatari	Area territoriale/Dipartimento	Ore	RPC T	Staff RPC T	Referenti	Dirigenti	Funzionari
FORMAS FAD ASINCRONA	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E CODICE DI COMPORTAMENTO: LO SPECIFICO AMBITO SANITARIO - CORSO BASE - FORMAS	Tutti i dipendenti	Tutte le province	3	0	0	0	3	3
FORMAS FAD ASINCRONA	IL SISTEMA DI PREVENZIONE E REPRESSIONE DELLA CORRUZIONE - CORSO AVANZATO	Tutti i dipendenti	Tutte le province	5	0	0	0	5	5

Riepilogo orario di attività di formazione					
FORMAZIONE	RPCT	Staff RPCT	Referenti	Dirigenti	Funzionari
Sui contenuti del Codice di Comportamento	63,00	63,00	7,00	13,75	13,75
Sui temi dell'etica e dell'integrità del funzionario pubblico	63,00	63,00	7,00	10,00	10,00
Sui contenuti del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	17,75	17,75	8,75	13,50	13,50
Sulla modalità della messa in atto del processo di gestione del rischio	15,25	15,25	6,25	6,25	6,25

Per l'anno 2024, l'RPC si ripropone di continuare l'intensa attività formativa posta in essere negli ultimi anni e, a tal proposito, ha provveduto ad inserire nel Piano aziendale di formazione 2024 (PAF) le seguenti iniziative di formazione:

- Il Codice di comportamento, n. 3 edizioni di 5 ore ciascuna, in presenza
- Il nuovo Regolamento sul conflitto di interessi: focus sugli obblighi di pubblicazione, n. 3 edizioni di 5 ore ciascuna, in presenza
- Il nuovo Regolamento sul conflitto di interessi: focus sul nuovo Codice dei contratti pubblici, n. 1 edizione di 4 ore, FAD sincrona.

La rotazione ordinaria

Come programmato nel PIAO 2022-24, nel corso dell'annualità 2022 il Coordinamento regionale dei responsabili anticorruzione - CRRRA (costituitosi con DGR n.1069/2016) aveva prodotto un documento

di indirizzo ed orientamento in materia di Rotazione ordinaria e straordinaria, formalizzato da Regione Toscana con nota protocollo n. 0184778 del 5 maggio 2022, in qualità di “suggerimenti” alle Aziende sanitarie toscane per l’attuazione del principio della rotazione ex lege 6 novembre 2012, n°190.

A seguito del recepimento del documento in oggetto avvenuto con Delibera Direttore Generale n. 965 del 20 luglio 2022, su mandato del RPC, il Direttore del Dipartimento Risorse Umane aveva elaborato il Piano di rotazione aziendale in cui si specificava che i regolamenti attualmente vigenti in azienda per il conferimento, rinnovo e revoca degli incarichi, già prevedono il criterio di rotazione, ove applicabile, al momento del conferimento degli stessi (artt. 7 e 8 del nuovo regolamento dei Dirigenti Area Sanità, di cui alla deliberazione n. 1424 del 25 ottobre 2021 e art.5 del nuovo regolamento per i Dirigenti dei ruoli PTA di cui alla deliberazione n.690/2022.).

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

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

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

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

Di seguito, si propongono i dati rilevati per **l’anno 2023** relativi alla rotazione ordinaria attuata in relazione alle diverse aree di rischio (relativo alla nomina di nuovi titolari di strutture afferenti a ciascuna area per la dirigenza e di incarichi di funzione per il comparto).

AREA DI RISCHIO	Dirigenza	Comparto
A. Acquisizione e gestione del personale	2	3
B. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica senza effetto economico diretto ed immediato	0	0
C. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica con effetto economico diretto ed immediato	0	4
D. Contratti pubblici	0	0
E. Incarichi e nomine	0	0
F. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	1	2
G. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	0	0
H. Affari legali e contenzioso	0	0
L. Attività libero professionale	1	0
M. Liste d'attesa	5	0
P. Rapporti con soggetti erogatori - Accordi/Contratti di attività	0	0
S. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie - Sperimentazioni cliniche - Sponsorizzazioni	1	0
U. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	0	0
TOTALE	10	9

Per l'anno 2024, il Direttore del Dipartimento Risorse Umane ripropone una proposta di Piano di rotazione i cui criteri generali sostanzialmente confermano quanto previsto nel Piano dell'anno precedente, specificando che, per quanto riguarda il comparto, la riassegnazione degli incarichi di funzione è stata completata nel corso dell'anno 2023.

Per la dirigenza, i soggetti potenzialmente interessati nel 2024 alla rotazione ordinaria sono quelli coinvolti nella gestione dei processi valutati a rischio alto e operanti nelle aree a rischio con esercizio decisorio o discrezionale.

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

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

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

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

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

Per l'anno 2023, non è stata adottata alcuna misura di rotazione straordinaria.

A seguito di avvio di procedimento penale, vi è stata altresì la necessità di attribuire un differente incarico a personale dirigenziale e di disporre di un trasferimento di sede a personale del comparto.

Nell'anno 2023, inoltre, sono stati notificati n. 9 procedimenti penali per fatti di natura corruttiva a carico di dipendenti dell'Azienda e ne sono stati conclusi n. 10 con sentenza o altro provvedimento definitivo.

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

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

Con Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali" (in vigore dal 15.07.2023), viene data attuazione nel nostro Paese alla Direttiva Europea n. 1937/2019 in materia di "whistleblowing", sostituendo le disposizioni previste dalla L. 30 novembre 2017 n. 179, al fine di raccogliere in un unico testo normativo l'intera disciplina dei canali di segnalazione e delle tutele riconosciute ai segnalanti sia del settore pubblico che privato.

L'Azienda ha pertanto provveduto ad aggiornare la procedura per la segnalazione di illeciti e relativa tutela del dipendente segnalante precedentemente approvata..

La procedura integrata fornisce ai dipendenti e agli altri soggetti individuati dalla normativa indicazioni chiare e di facile applicazione per diffondere e sviluppare la consapevolezza di poter segnalare - in modo agevole ed in regime di piena tutela e protezione - atti/comportamenti illeciti, anche presunti, commessi ai danni dell'amministrazione e, di riflesso, dell'interesse pubblico collettivo.

L'Azienda, in ottemperanza dell'art. 4 D.Lgs. 10 marzo 2023 n.24, sentite le rappresentanze o le organizzazioni sindacali di cui all'art. 51 del D.Lgs. 15 giugno 2015 n. 81, ha attivato i seguenti tre canali di segnalazione che garantiscono la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione:

- segnalazione scritta tramite piattaforma informatica (criptata)
- segnalazione orale tramite linea telefonica dedicata "non registrata"
- incontro programmato in presenza con Responsabile della prevenzione della corruzione.

1. Segnalazione scritta tramite piattaforma informatica

L'Azienda USL Toscana sud est prevede come unica modalità di segnalazione in forma scritta la sua effettuazione "on line" tramite la Piattaforma "WhistleblowingPA (WBPA)". Per effettuare una segnalazione on line, occorre collegarsi al seguente link <https://whistleblowing.auslse.toscana.it/#/> disponibile anche nel Sito istituzionale www.uslsudest.toscana.it (Sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della corruzione - Whistleblowing).

2. Segnalazione orale tramite linea telefonica "dedicata non registrata"

Il Responsabile della prevenzione della corruzione attiva una linea telefonica "dedicata non registrata" gestita dallo stesso, il cui numero 331 2318103 è attivo ESCLUSIVAMENTE il mercoledì dalle ore 9 alle ore 11.

3. Incontro programmato in presenza con Responsabile della prevenzione della corruzione

Il segnalante può contattare il Responsabile della prevenzione della corruzione tramite la linea telefonica dedicata "non registrata" per prenotare un incontro diretto in presenza con lo stesso, durante il quale il Responsabile della prevenzione della corruzione, previa somministrazione del testo completo dell'informativa, trascriverà il contenuto della segnalazione

Per ulteriori dettagli relativi alla procedura "Per la segnalazione di illeciti irregolarità e relativa tutela del dipendente segnalante (whistleblowing policy)" - Rev 2 PA DGE 001 (pubblicazione 05.10.2023), si rinvia al link di pubblicazione della stessa:

https://intranet.uslsudest.toscana.it/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=1109&nodeID=9bed5bf6-6189-4141-8044-6a199fa4e7a1

I patti di integrità

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

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

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

Nel prospetto che segue, si riassumono i dati relativi all'anno 2023 inerenti l'introduzione dell'obbligo del rispetto dei patti di integrità nei bandi di gara e nei contratti, nonché le verifiche a campione effettuate in merito all'attuazione degli stessi e le eventuali violazioni accertate.

Numero Patti di integrità 2023				
Struttura	Patti di integrità in Bandi	Patti di integrità in Contratti	Controlli effettuati	Violazioni Accertate
AREA GESTIONE E PROGRAMMAZIONE TECNOLOGIE	0	88	0	0
UOC LAVORI PUBBLICI AREA PROVINCIALE ARETINA	11	53	0	0
UOC LAVORI PUBBLICI AREA PROVINCIALE GROSSETANA	15	50	0	0
UOC MANUTENZIONI AREA PROVINCIALE GROSSETANA				
UOC MANUTENZIONI AREA PROVINCIALE ARETINA	0	275	0	0
UOC PATRIMONIO	0	16	0	0
UOC PREVENZIONE INCENDI	0	43	0	0
UOC ENERGIA E TUTELA DELL'AMBIENTE	0	53	0	0
AREA DIPARTIMENTALE GESTIONE CONTRATTI SERVIZI E FARMACEUTICA	0	2	2	0
AREA DIPARTIMENTALE PROGRAMMAZIONE, RAPPORTI CON ESTER ED ACQUISTI	248	78	0	0
U.O.C. STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE, PRIVATE ACCREDITATE E TRASPORTI SANITARI	0	0	0	0
TOTALE	274	658	2	0

Per l'anno 2024, l'Azienda si pone l'obiettivo di proseguire nell'opera di sensibilizzazione delle strutture alla ulteriore diffusione dei patti di integrità.

Azioni di sensibilizzazione società civile

Già nel corso del 2022 gli organismi di partecipazione avevano pienamente ripreso la propria attività ed erano stati coinvolti in varie iniziative aziendali, tra le quali è da segnalare il coinvolgimento nella programmazione dell'Area Vasta Toscana sud est. Il documento di programmazione per il triennio 2023-2025 è stato presentato ai Comitati di Partecipazione dai Direttori Generali delle due Aziende Sanitarie interessate (AUSL e AOUS), in un apposito incontro tenutosi a Siena nel dicembre 2022, cui è seguita l'adozione della deliberazione aziendale n. 62 del 23 gennaio 2023 di approvazione del documento, contemporaneamente ad un analogo atto adottato dall'AOUS.

Per l'anno 2024, è già prevista l'approvazione di un nuovo documento di programmazione integrata di area vasta 2024-2026 che verrà presentato a Comitati di partecipazione, Conferenza aziendale dei Sindaci, Sindacati e operatori con le stesse modalità dell'anno precedente.

Sono comunque molteplici le iniziative adottate dall'Azienda nel corso dell'anno 2023 finalizzate ad incrementare le azioni di sensibilizzazione nei confronti della società civile.

L'enunciazione che segue non è esaustiva, ma particolarmente significativa: ad esempio, con deliberazione n. 706 del 21 giugno 2023, l'Azienda ha adottato determinazioni in merito al Piano di

azioni positive 2023-2025 (PAP), il cui scopo, tra gli altri, è quello di assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

Gli adempimenti inerenti il Piano di azioni positive, disciplinato dall'art. 48, comma 1 del decreto legislativo 11 aprile 2006 n. 198, sono soppressi in quanto assorbiti nel PIAO ai sensi dell'art. 1 lett. f) del DPR 24 giugno 2022 n. 81 e pertanto, come precisato nella sezione "Valore pubblico" del presente documento, costituisce allegato n.2.

Successivamente, con deliberazione n. 1054 del 17 ottobre 2023, l'Azienda ha approvato il "Piano di uguaglianza di genere" (Gender equality plan), con l'obiettivo di dotare l'Azienda stessa di uno strumento che possa definire in modo concreto, aperto e partecipato le linee di azione aziendali per la lotta alle disuguaglianze di genere in tutti i propri setting lavorativi e percorsi organizzativi.

Con deliberazione n. 1224 del 28 novembre 2023, è stata disposta l'adesione del CUG (Comitato unico di garanzia) alla rete nazionale dei CUG al fine di incentivare sempre di più, tra gli altri obiettivi, azioni di promozione del benessere organizzativo, anche mediante la diffusione del concetto di parità nel contesto esterno.

Antiriciclaggio

Sintesi azioni pregresse (anni 2018-2022):

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

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

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

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

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

Nel corso dell'anno 2022 sono stati effettuati i corsi di formazione già programmati e inseriti nel Piano di Formazione aziendale per il personale delle strutture maggiormente interessate dal fenomeno, organizzati in collaborazione con i colleghi della U.O.C. Formazione e rapporti con l'Università:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Resoconto anno 2023 e azioni 2024:

Nel gennaio 2023 è stato compilato ed inviato alla **Comunità di Pratica** il **Questionario sull'implementazione della normativa anticiclaggio**.

Il 27 febbraio 2023 si è partecipato all'incontro organizzato dalla SNA - Presidenza del Consiglio dei Ministri – comunità di pratica sulla Trasparenza dei Titolari effettivi.

Successivamente si è provveduto alla diffusione della documentazione utile all'applicazione delle indicazioni contenute nell'art. 22 Regolamento UE 2021/241 – obbligo di raccolta e conservazione dati sul titolare effettivo – nuovo fenomeno per anomalie connesse all'attuazione del PNRR

Nel corso dell'anno 2024 continuerà la partecipazione ai lavori della Comunità di pratica e saranno attivati percorsi di formazione specifici sui temi dell'anticiclaggio.

Trasparenza

Il programma della Trasparenza

Premessa

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

"La trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche".

Le azioni in materia di trasparenza non si esauriscono comunque con il formale adempimento degli obblighi normativi, ma dovrebbero avere un più ampio respiro per mettere in atto percorsi virtuosi di ascolto e di miglioramento dei servizi resi al cittadino. La pubblicità dei dati relativi all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico si può quindi collocare nell'ottica del "miglioramento continuo" dei servizi, coerente con il ciclo della performance e con tutte le azioni programmatiche inserite nel PIAO.

La trasparenza ha inoltre un rilevante impatto sui processi interni di ciascuna amministrazione, coinvolgendo in modo ampio e trasversale le varie strutture sia nella fase di programmazione sia in quella di erogazione di attività, servizi e prestazioni. Gli adempimenti in materia di trasparenza sono altresì funzionali e coerenti con la logica di prevenzione della corruzione, poiché la chiarezza e la completezza dei dati pubblicati consente di avere piena cognizione dei processi interni e quindi maggiore consapevolezza dei relativi rischi corruttivi.

È noto che il sistema della trasparenza amministrativa si realizza non solo attraverso l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sul sito istituzionale dell'ente, ma anche mediante l'accesso civico generalizzato (FOIA: Freedom of Information Act) che consente di conoscere dati, atti e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

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

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

Il presente programma ha la finalità di sviluppare, per gli anni 2024-2026, questi due essenziali strumenti di trasparenza nell'ottica della piena integrazione con il Piano triennale di prevenzione della corruzione, inserito a sua volta nel più ampio contesto del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Lo sviluppo di strumenti integrati, in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza, si rende particolarmente importante nel settore sanitario, anche in coerenza con i principi e le finalità del PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – articolato in sei missioni tra cui la Sanità, oltre alla digitalizzazione, innovazione, competitività, solo per citare le missioni che comunque sono collegate all'ambito della salute. La promozione di una sanità efficiente non può prescindere infatti dal buon utilizzo delle risorse pubbliche, dalla semplificazione delle procedure di accesso, dalla digitalizzazione e offerta di servizi on-line, quindi, in una parola, dalla trasparenza, intesa nella sua più ampia e ormai condivisa accezione. In particolare, come si legge nel testo del PNRR "la corruzione può trovare alimento nell'eccesso e nella complicazione delle leggi. La semplificazione normativa, dunque, è in via generale un rimedio efficace per evitare la moltiplicazione di fenomeni corruttivi".

In questo contesto si collocano anche i più recenti interventi normativi volti a semplificare lo stesso sistema della trasparenza, fermo restando il rispetto delle esigenze di conoscibilità da parte del cittadino. Mentre da luglio 2023 è stata introdotta un'unica piattaforma per la trasparenza amministrativa dei Servizi Pubblici Locali, dal 1° gennaio 2024 trova attuazione il principio di cui all'art. 28 del D.Lgs. n. 36/2023, che prevede l'invio unico degli atti da parte delle stazioni appaltanti alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) presso l'ANAC, che si integrerà con la Piattaforma unica della trasparenza ai fini dell'assolvimento degli obblighi di cui al D.Lgs. 33/2013 sui contratti pubblici.

Questi interventi di semplificazione sono particolarmente importanti e funzionali alla gestione degli obblighi di trasparenza in amministrazioni complesse come l'Azienda USL Toscana Sud Est. L'ampiezza del territorio e del bacino di utenza, l'elevato numero di dipendenti e l'entità delle risorse economiche gestite, a cui si aggiunge l'estrema varietà dei servizi sanitari e socio-sanitari offerti alla popolazione, si traducono in una particolare complessità organizzativa che pone l'Azienda al centro di una articolata rete di rapporti con cittadini, utenti, istituzioni e stakeholder in generale.

Il programma della trasparenza 2024-2026

La promozione della Trasparenza in ambito aziendale

La gestione dei flussi informativi

La sezione Amministrazione Trasparente (AT) del sito web risulta conforme alle linee guida ANAC di cui alla deliberazione 1310/2016, emanate a seguito delle modifiche alla disciplina sulla trasparenza introdotte dal D.Lgs. 97/2016. L'ampia dimensione dell'Azienda USL Toscana Sud Est impone una costante attività di aggiornamento e adeguamento dei flussi informativi, che viene gestita con l'apporto e la collaborazione dei dirigenti responsabili della pubblicazione dei dati.

La revisione del regolamento per la gestione del sito istituzionale dell'Azienda, approvata a fine 2021 con deliberazione n. 1738/2021, ha rappresentato una importante occasione per disciplinare e ribadire il rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza. L'art. 11 del regolamento definisce il percorso interno di produzione, pubblicazione e aggiornamento dei flussi informativi, sulla base dell'organizzazione aziendale, rinviando ad un apposito allegato contenente il dettaglio degli obblighi di pubblicazione a carico di ciascuna struttura e dei relativi responsabili.

Nei prossimi anni, inoltre, proseguirà l'impegno per rendere più facilmente consultabili le informazioni sul sito stesso, sia in termini di riordino dei contenuti sia in termini di impostazione e visualizzazione grafica, in modo da consentire al cittadino modalità agevoli ed immediate di reperimento delle informazioni evitando contenuti superflui o eccessivi tecnicismi.

Le recenti innovazioni in tema di pubblicità e trasparenza dei contratti pubblici, in attuazione degli artt. 27 e 28 del Codice dei Contratti, costituiscono una importante evoluzione verso la semplificazione ed informatizzazione del sistema della trasparenza delle pubbliche amministrazioni. Le nuove modalità di pubblicazione, definite nelle delibere ANAC n. 263 e n. 264 del giugno 2023, prevedono la trasmissione di numerose informazioni, relative alla programmazione e al ciclo di vita dei contratti, alla Banca Dati Nazionale dei contratti pubblici (BDNCP), consultabile dal cittadino in modo rapido e puntuale avvalendosi degli appositi link di collegamento alla stessa banca dati inseriti nel sito istituzionale delle stazioni appaltanti.

Di fatto vengono implementate le modalità previste dall'art. 9-bis del D.Lgs. 33/2013, che consente alle amministrazioni di assolvere agli obblighi di pubblicazione mediante inserimento nella sezione Amministrazione Trasparente del sito del collegamento ipertestuale alla banca dati contenente le informazioni o documenti alla stessa già preventivamente comunicati. Si osserva, al riguardo, che il sito dell'Azienda USL Toscana Sud Est riporta già vari collegamenti ipertestuali ad altre banche dati, che costituiscono una rilevante fonte di informazione aggiuntiva rispetto a quanto pubblicato in AT. A titolo esemplificativo, si citano i collegamenti sia a banche dati nazionali e regionali (Normattiva, Anagrafe

delle Prestazioni, atti Regione Toscana), sia a siti di altri Enti (Aran, Ministero Ambiente, Arpat) con particolare riferimento al sito ESTAR, che consente di reperire tutte le informazioni sulle procedure di gara per l'affidamento dei contratti a cui successivamente aderiscono le Aziende Sanitarie regionali.

Si ritiene, comunque, che in ambito aziendale vadano sviluppati ulteriori processi di informatizzazione, in modo da rendere più efficienti trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei flussi informativi. Si può quindi ipotizzare, per i prossimi anni, di implementare l'informatizzazione del sistema sia con introduzione di ulteriori applicativi sia mediante potenziamento e/o interfaccia con gli applicativi già in uso nell'Azienda (es. software di gestione degli atti deliberativi, programmi per la contabilità o la gestione del personale). Eventuali nuovi strumenti per facilitare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, al fine di assicurare tempestività, completezza e continuo aggiornamento dei dati pubblicati, dovranno comunque essere in linea e coerenti con le esigenze di tutela della riservatezza, nel rispetto dei principi di pertinenza, minimizzazione e non eccedenza dei dati pubblicati.

Iniziative in materia organizzativa: soggetti, ruoli e responsabilità

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

Nel corso dell'anno 2023 sono state disposte varie modifiche organizzative del settore tecnico-amministrativo, che hanno permesso di razionalizzare e mappare con maggiore dettaglio i processi interni, ma hanno anche determinato un aumento del numero delle strutture e reso ancora più articolata l'organizzazione aziendale. Non si sono comunque posti problemi per l'individuazione dei soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione delle informazioni, data la chiara attribuzione di funzioni secondo il nuovo assetto. La rete aziendale dei referenti in materia di anticorruzione e trasparenza, formalizzata a suo tempo con deliberazione del Direttore Generale n. 1210/2022, si è rivelata pienamente funzionale alle varie esigenze consentendo di disporre di un supporto stabile di collaboratori e di rendere i vari responsabili maggiormente consapevoli degli adempimenti di propria competenza.

La tabella allegata al presente piano (allegato n. 8), che partendo dall'albero della trasparenza attribuisce i vari adempimenti in modo certo ed univoco ai diversi responsabili, assegna ai Direttori di Unità Operativa la responsabilità della produzione, trasmissione e aggiornamento dei dati per le materie di rispettiva competenza, in modo da garantirne completezza, esattezza e tempestività, compresa la verifica sulla conformità dei flussi informativi alla vigente normativa in tema di privacy. La responsabilità degli adempimenti tecnici finalizzati alla pubblicazione sul sito istituzionale è invece posta in capo al Responsabile della Trasparenza, che si avvale della "redazione" del sito web secondo le modalità indicate nella citata delibera 1738/2021.

In occasione delle verifiche semestrali interne sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione - impostate dal 2022 in modo più formale e sistematico - sono stati coinvolti i responsabili delle principali strutture o i loro referenti. Si è cercato di utilizzare gli stessi criteri di valutazione adottati da OIV nella verifica annuale, con la finalità di accertare, oltre al rispetto degli obblighi, la completezza e l'aggiornamento delle informazioni nonché l'utilizzo del formato aperto per consentire l'estrazione ed il riutilizzo dei dati pubblicati.

Nell'anno 2023 è stata effettuata una specifica focalizzazione sugli adempimenti relativi ai contratti, a seguito delle modifiche introdotte dal Piano Nazionale Anticorruzione 2022, in particolare dall'allegato 9, riguardo agli obblighi di pubblicazione dei "bandi di gara e contratti" e degli interventi finanziati con i fondi del PNRR. L'applicazione dell'allegato 9 ha fornito l'occasione sia per rivedere l'impostazione e la presentazione delle informazioni nell'apposita sottosezione del sito web, sia per ampliare l'ambito di rilevazione delle procedure contrattuali, con estensione a tutte le strutture aziendali che gestiscono la fase esecutiva dei contratti a seguito di procedure di gara espletate da Estar. Gli interlocutori principali sono stati quindi il Dipartimento Tecnico con le rispettive strutture impegnate nella complessa gestione dei fondi del PNRR, in particolare le Unità Operative Lavori Pubblici delle tre aree provinciali, nonché il

Dipartimento Affari Generali articolato in varie strutture che si occupano della gestione dei contratti relativi a servizi e forniture. La nuova impostazione, incentrata anche sul monitoraggio delle singole procedure contrattuali in modo completo e sequenziale, si è rivelata piuttosto impegnativa ed ha richiesto vari incontri, sia ad inizio anno per definire le modalità di rilevazione e pubblicazione, sia nel corso del secondo semestre 2023 per ovviare ad alcune criticità emerse a seguito della verifica sugli obblighi di pubblicazione effettuata da OIV alla data del 31/05/2023.

Le nuove disposizioni di ANAC in materia di pubblicazione dei bandi di gara e contratti, da applicare a partire dal corrente anno 2024, rendono necessario proseguire il percorso di riorganizzazione di questa sottosezione, in accordo con le strutture interessate, tenendo comunque presente che la tempestiva trasmissione delle informazioni alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici costituisce una rilevante opportunità per semplificare gli obblighi di trasparenza e rendere maggiormente accessibili le informazioni ai cittadini.

Per i prossimi anni si rende inoltre necessario proseguire l'approfondimento anche degli altri ambiti di attività, in collaborazione con i responsabili delle varie strutture aziendali, ai fini di una corretta condivisione delle azioni di trasparenza, e con l'ulteriore e più ampia finalità di superare la logica del mero adempimento formale per promuovere la diffusione della cultura della trasparenza come metodo di lavoro e di ordinaria gestione dell'attività amministrativa.

Coordinamento regionale RPCT

Nel corso dell'anno 2023 è proseguita in modo sistematico l'attività del Coordinamento regionale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (CRRA). Gli incontri dell'organismo rappresentano una efficace occasione di confronto e di raccordo per le Aziende Sanitarie della Regione, che affrontano problematiche comuni, con condivisione di indicazioni operative e linee guida validate a livello regionale. Tra le iniziative più importanti del 2023, si segnalano proprio quelle focalizzate sulle tematiche della trasparenza e sulla nuova configurazione della sottosezione "bandi di gara e contratti". In particolare, è stato condiviso un sistema di rilevazione delle singole procedure contrattuali, conforme alla griglia ANAC di cui al citato Allegato 9 al PNA, con definizione di appositi format e delle successive modalità di compilazione e pubblicazione.

Iniziative di comunicazione esterna e diffusione della trasparenza

Nel corso del 2023 sono proseguite le attività informative per favorire la conoscenza delle finalità e degli strumenti della trasparenza, anche attraverso le indicazioni fornite ai cittadini dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). E' stato invece più limitato il coinvolgimento degli organismi di partecipazione, di cui alla LRT 75/2017, ricostituiti nel corso dell'anno con procedure che hanno richiesto tempi piuttosto lunghi. I Comitati di partecipazione, espressione delle realtà associative presenti nel territorio, costituiscono una importante sede di confronto riguardo alla programmazione e organizzazione dei servizi, compresi i servizi di informazione e comunicazione al cittadino. Per i prossimi anni si prevede di proseguire con le iniziative di divulgazione delle potenzialità informative della sezione Amministrazione Trasparente, inserendo la trasparenza tra gli argomenti da approfondire nelle riunioni del Comitato Aziendale e dei Comitati delle singole Zone Distretto.

Nei prossimi anni potranno inoltre essere effettuate altre iniziative di coinvolgimento esterno; in particolare si rende opportuna la realizzazione della "giornata della trasparenza", da organizzare eventualmente in modo unitario e coordinato tra le varie Aziende Sanitarie del sistema regionale, per estendere alla cittadinanza la cultura della partecipazione e della trasparenza. L'iniziativa dovrebbe infatti coinvolgere gli stakeholder interni ed esterni e porsi, quindi, come momento di confronto per individuare i più rilevanti interessi degli utenti al fine di migliorare gli strumenti comunicativi e la qualità dei servizi.

Il diritto di accesso: l'accesso civico e documentale

Il vigente regolamento aziendale relativo all'accesso documentale ad all'accesso civico, semplice e generalizzato, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1628 del 27/12/2022, è stato elaborato con la finalità di rendere più chiaro e lineare il percorso di trattazione delle richieste di accesso, anche per lo stesso cittadino, cercando di ribadire i caratteri distintivi tra accesso documentale ed accesso civico e di definire meglio i vari ruoli e responsabilità.

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

Il costante flusso di informazioni proveniente dalle richieste di accesso civico generalizzato, nonché dalle altre richieste di accesso, può costituire un prezioso contributo per la compiuta valutazione dell'idoneità delle azioni in tema di trasparenza. Considerando i dati aziendali, nel 2023 si è registrato un maggior numero di richieste di accesso civico rispetto agli scorsi anni: le istanze sono state n. 13, di cui una inquadrabile nell'ambito dell'accesso civico semplice e le altre nell'ambito dell'accesso civico generalizzato.

Riguardo all'accesso agli atti o documentale, benché tale materia non afferisca strettamente alla "trasparenza", merita farvi brevemente riferimento in quanto connessa all'attività dell'UCA. Anche nell'anno 2023 risultano pervenute numerose istanze di accesso (n. 128), a volte presentate richiamando il Decreto trasparenza quale titolo normativo legittimante. Va ricordato, tuttavia, che ciascuna forma di accesso è connessa a determinati presupposti tecnico-amministrativi e non può essere fatta valere a titolo diverso rispetto alle previsioni del legislatore, derivando effetti differenti sulla sfera giuridica dei vari soggetti coinvolti (titolari dei dati, controinteressati, etc.).

Pertanto l'UCA, di volta in volta, ha cercato di chiarire tali aspetti e di garantire il corretto inquadramento delle istanze, anche con richiami alla giurisprudenza dei giudici amministrativi nonché ai pareri espressi dalla Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi e dal Garante per la protezione dei dati personali. Da segnalare che l'UCA fornisce supporto ai Responsabili dei procedimenti anche in caso di accesso documentale, secondo le modalità previste dall'art. 7 del regolamento, e che lo stesso Ufficio nel corso dell'anno ha fornito vari pareri finalizzati alla corretta ed efficace trattazione delle istanze di accesso presentate dai cittadini.

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Struttura organizzativa

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

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

Dipartimentali e nelle Reti professionali. Le **strutture organizzative funzionali** sono l'insieme di **più funzioni operative** appartenenti a settori omogenei di attività.

L'organizzazione funzionale è articolata in:

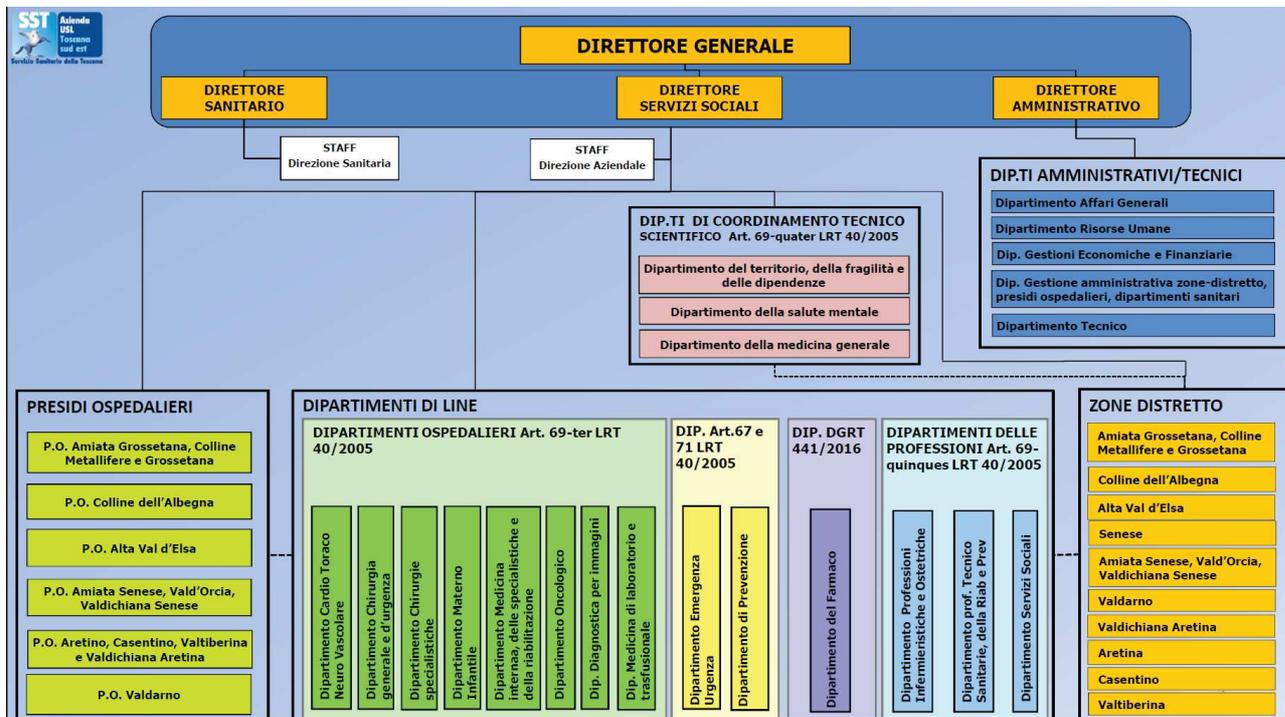
- *Zone-distretto e/o SdS*
- *Rete ospedaliera e presidi ospedalieri*
- *Dipartimenti assistenziali, tecnico -amministrativi, di staff e professionali*
- *Aree Dipartimentali*
- *Unità funzionali territoriali*

L'organizzazione professionale è articolata in:

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

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

A seguire si rappresenta l'organigramma aziendale:



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

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

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

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

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

Indennità di funzione annua	N° incarichi
2.000 €	75
2.500 €	97
2.800 €	90
3.100 €	18
3.300 €	93
3.500 €	18
3.800 €	102
4.000 €	3
5.000 €	108
6.350 €	82
7.500 €	58
9.200 €	20
Totale complessivo	764

Organizzazione del lavoro agile

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

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

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

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

Gli accordi individuali sono stipulati tra l'Azienda e i dipendenti interessati a tempo determinato per periodi non inferiori a tre mesi.

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

A seguito dell'entrata in vigore del CCNL 2019/2021, sottoscritto in data 02 novembre 2022, per il personale afferente l'area contrattuale comparto è in corso di adozione il nuovo Regolamento aziendale lavoro agile, adeguato alle disposizioni ivi contenute. In base a quanto stabilito, dall'art. 6, co. 3, lett. i) del CCNL richiamato i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, nonché i criteri di priorità per l'accesso allo stesso, sono state oggetto di confronto con i soggetti sindacali. Sono state, altresì, meglio specificate anche le modalità di fruizione del lavoro agile in relazione al principio della prevalenza in presenza dell'attività lavorativa. I dirigenti responsabili delle strutture organizzative dovranno eseguire sia una preventiva mappatura delle proprie attività/processi che possono essere svolti, in tutto o in parte, in lavoro agile che individuare il numero complessivo massimo, per ciascuna unità operativa, di lavoratori che possono accedere al lavoro agile.

L'Azienda si riserva la possibilità di adottare successivamente un regolamento, come previsto dal Titolo VI della vigente contrattazione collettiva, inerente il lavoro a distanza comprensivo sia del regolamento lavoro agile (in corso di adozione) che dell'eventuale regolamento lavoro da remoto.

Nell'Allegato 9, si presentano i principali indicatori utili all'Azienda per il monitoraggio del Lavoro Agile, distinti per ruolo e CCNL di riferimento.

Piano triennale dei fabbisogni di personale

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

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

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

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

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

Il piano indica le assunzioni a tempo indeterminato nel triennio, il ricorso ad ogni forma di lavoro flessibile, nonché le assunzioni obbligatorie della Legge n. 68/99 e le categorie protette nel rispetto della normativa prevista in materia di quote d'obbligo. Nell'elaborazione del PTFP l'Azienda preliminarmente svolge un'attenta analisi sulla programmazione dell'attività aziendale, sulla definizione degli obiettivi e sulla verifica del rispetto dei vincoli sulla spesa del costo del personale, derivanti da vincoli nazionali e regionali. Successivamente la bozza di PTFP viene inviata a Regione Toscana per la verifica della programmazione nel contesto dell'intera programmazione regionale; Regione Toscana ha approvato l'insieme dei PTFP delle aziende sanitarie con DGRT del 15 gennaio 2024.

Il PTFP 2024-2026 parte da una dotazione organica al 31 dicembre 2023 di 9-580 unità di personale a tempo indeterminato, di cui 1718 della dirigenza sanitaria, 51 della dirigenza non sanitaria, 5195 del comparto sanitario e 2616 del comparto tecnico, amministrativo e socio-sanitario, sviluppando la previsione di distribuzione delle suddette tipologie di personale nel triennio. Analogamente viene fatto per il personale assunto con contratti flessibili, in questa Azienda rappresentato da valori residuali (nel

2023 pari ad una presenza media di 137 unità di personale, in costante calo nel triennio fino ad un valore previsto di 105 nel 2026).

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

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

Nell'Allegato 10 il PTFP 2024-2026, approvato con DGRT n. 40 del 22 gennaio 2024.

Formazione del personale

LE PRIORITÀ STRATEGICHE in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale

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

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

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

Nell'ambito della formazione, la competenza è un costrutto complesso, composto da conoscenze, abilità/skills, comportamenti/qualità; può essere appresa ed è finalizzata a un obiettivo/risultato; se non viene costantemente declinata tende a perdere le caratteristiche di efficacia, efficienza ed appropriatezza.

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

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

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

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

La formazione, quindi, permette di attivare un processo finalizzato a rendere i professionisti soggetti

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

PAF 2024 in Numeri Delibera DG n. 1361 del 18/12/2023	
Eventi programmati	384
Edizioni programmate	3.566
Partecipanti previsti	40.994

Distribuzione % degli eventi per gli obiettivi nazionali	2024
Competenze tecnico professionali e specialistiche	58,33
Competenze di processo, relazionali e comunicative	25,78
Competenze di sistema organizzativa/gestionale/situazionale/ruolo	15,89

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

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

La dimensione "gestionale-funzionale": costituisce il "cosa fare". Comporta la necessità di programmare, organizzare e gestire le risorse ed i fattori produttivi assegnati, allo scopo di raggiungere gli obiettivi definiti in fase di negoziazione nel rispetto dei criteri di efficienza (utilizzo ottimale delle risorse) ed efficacia (raggiungimento del risultato). Tale dimensione è rappresentata dalle strutture gestionali, anch'esse definite nel Regolamento.

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

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

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

Per il PAF 2024, la raccolta dei fabbisogni formativi è avvenuta tramite due modelli, prodotti dalla UOC Formazione e Rapporti con l'Università e parte costitutiva del Piano della Qualità della Formazione

approvato dalla Regione Toscana: un modello è relativo alla rilevazione del fabbisogno individuale ed uno è relativo alla rilevazione del fabbisogno della Struttura di appartenenza.

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

I principi a cui si ispira la Formazione del Personale nel 2024

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

Gli obiettivi strategici aziendali Per quanto riguarda gli indirizzi per programmare la formazione e l'aggiornamento per il 2024, continueremo a seguire le direttrici regionali ed aziendali, oltre naturalmente a sviluppare i percorsi ritenuti necessari dalle singole strutture. La Direzione Aziendale ha confermato nei seguenti gli obiettivi formativi da perseguire anche nel 2024:

- Formazione sulla sicurezza D.Lgs.n. 81/08 e s.m.i. (Dirigenti, Preposti e Dipendenti tutti)
- Formazione antincendio (Rischio Alto e Basso)
- Formazione neo assunti
- La tutela delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e la libera circolazione dei dati
- Anticorruzione e Trasparenza
- Sviluppo delle competenze in ambito di amministrazione digitale
- Sviluppo delle competenze nelle procedure amministrativo contabili
- Sviluppo delle competenze negli atti di programmazione
- Sviluppo delle competenze nelle innovazioni tecnologiche
- Strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili
- Il Nuovo Sistema di Garanzia quale metodologia innovativa rispetto alla griglia LEA e le novità conseguenti sul processo di budgettizzazione
- D.M.n. 77, per la diffusione della conoscenza sulle strutture territoriali CDC, COT, Ospedali di comunità
- La gestione del budget economico nelle strutture sanitarie
- Lean healthcare management e Value Based Healthcare
- La formazione in simulazione (allegato a DGRT 805/2021 e DGRT1306/2022)

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

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

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

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

Tra i 384 totali, sono programmati **28 eventi con 175 edizioni**, la cui tipologia è individuata quale **Formazione in Simulazione** ex DGR 254/2013

FORMAZIONE FAD

La formazione non ha mai cessato, neanche nel periodo emergenziale, di essere un supporto fondamentale per tutti i professionisti, sia quando ha concentrato il proprio focus sulle tematiche emergenti legate al Covid sia quando, nel tentativo di tornare ad una "diversa normalità", si riorienta ai contenuti tecnico professionali, di processo e di sistema. La formazione in presenza, tradizionale modalità di aggiornamento, preponderante in epoca pre-pandemica, ha ripreso ad essere attuata anche se affiancata ancora in modo consistente dalla formazione a distanza in modalità sincrona (aule virtuali). La FAD asincrona (utilizzando il portale regionale di Formas) è stata e sarà diffusamente utilizzata, in special modo quando i corsi (ad esempio, i corsi sulla sicurezza, sulla privacy, sulla trasparenza e anticorruzione) sono rivolti ad una platea molto ampia di partecipanti.

La FAD sincrona continuerà a rappresentare una importante modalità formativa, per questo è stato riconfermato l'acquisto delle licenze per l'utilizzo di aule virtuali. Nello specifico sono state confermate 12 licenze per altrettante aule con 'capienza' fino a 150 partecipanti in audio e relatori in audio/video; quando i partecipanti non superano il limite di 40 unità (e tra breve anche 50) è possibile la partecipazione di tutti in audio e video. Abbiamo acquisito anche 12 licenze per i webinar con 'capienza' fino a 1000 partecipanti in audio e con docenti in audio e video. Parte di queste aule virtuali sono state utilizzate anche per assicurare lo svolgimento dei corsi OSS e dei corsi di laurea.

LE RISORSE INTERNE ED ESTERNE disponibili e attivabili ai fini delle strategie formative

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

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

Il Piano formativo rispetto alle politiche per lo sviluppo delle risorse umane. Le principali risorse di cui dispone un'azienda per creare valore, generare nuove idee e sviluppare nuovi servizi sono le

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

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

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

Dunque partendo da tali premesse il Piano di Formazione della Azienda USL Toscana Sud Est intende:

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

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

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

cliniche di competenza e assorbono i fattori produttivi messi a disposizione dalle Aree Organizzative di Presidio sulla base di una programmazione congiunta.

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

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

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

Il Piano formativo rispetto alle innovazioni tecnologiche. Anche con riguardo alla innovazione tecnologica la coerenza risulta significativa. L'innovazione tecnologica, a seguito della riforma sanitaria, è divenuta fondamentale per il ridisegno e unificazione dei processi aziendali sia sanitari che amministrativi. Le caratteristiche di basse infrastrutture di comunicazione e di bassa densità di popolazione presenti nell'Azienda USL Toscana Sud Est portano l'innovazione tecnologica e l'innovazione organizzativa ad essere uno dei maggiori strumenti per uniformare il livello di qualità ed equità di cura anche per i territori disagiati. Continuano a nascere così diverse iniziative aziendali di innovazione sia dal livello di governance che dagli operatori territoriali ed ospedalieri. Per ognuna di queste iniziative la formazione a supporto del dispiegamento è da sempre stata fondamentale per ottenere il massimo risultato attraverso una continua e costante vicinanza agli operatori interessati dalle nuove tecnologie e delle nuove organizzazioni.

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

Cosa ci aspettiamo dal PAF 2024:

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

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

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

conferenze.

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

Personale partecipante 2024	N.	%
A tutti gli eventi in tutte le loro edizioni	40.994	100
Ad eventi monoprofessionali	4.096	9,99
Ad eventi multiprofessionali:	36.898	90,01

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

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

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

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

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

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

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

GLI OBIETTIVI E I RISULTATI ATTESI

(a livello qualitativo, quantitativo e in termini temporali) della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti, anche con riferimento al collegamento con la valutazione individuale inteso come strumento di sviluppo

Il personale viene individuato e coinvolto da parte dei Dirigenti preposti ai Dipartimenti, alle Aree Dipartimentali, alle Unità Operative e Funzionali, in quanto si ritiene precisa responsabilità del Dirigente analizzare i bisogni formativi delle risorse umane assegnate, nonché le priorità e le modalità per realizzare una omogenea crescita professionale e soddisfare le linee strategiche e gli indirizzi regionali e nazionali. Per il personale del ruolo sanitario l'opportunità formativa, orientata prevalentemente allo sviluppo di competenze, garantendo la qualità del processo formativo, mira anche massimizzare l'acquisizione dei crediti ECM così come previsto dalla normativa. Con il PAF l'Azienda si pone l'obiettivo di assicurare adeguate occasioni di crescita culturale e professionale a tutti i professionisti.

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

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

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

La valutazione individuale intesa come strumento di sviluppo

In applicazione del CCNL del Comparto Sanità del 2/11/2022 la ASL Toscana Sud Est, Dipartimento Risorse Umane UOC Relazioni Sindacali, attraverso il documento "Criteri per la definizione delle Progressioni Economiche all'interno delle Aree" e al fine di remunerare il maggior grado di competenza professionale progressivamente acquisito dai dipendenti, determina il numero dei DEP -Differenziali Economici di Professionalità, i requisiti di ammissione e partecipazione alla selezione i punteggi e le graduatorie per l'attribuzione dei DEP.

Rispetto ai criteri di formazione delle graduatorie sono attribuiti 20 punti (su 100) per la formazione obbligatoria conseguita nelle precedenti due annualità (rispetto all'anno di riferimento di attribuzione dei DEP) come da certificazione rilasciata dal Dirigente responsabile della UOC Formazione

Rispetto al comma 7 ter dell'art. 6 del DL 80/2021, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021 n. 113 si specifica che, tra tutti gli eventi, i 2/3 saranno realizzati da docenti individuati tra il personale aziendale e con il contributo di 130 tutor/Animatori di Formazione appartenenti all'Albo Aziendale.

Si specificano di seguito le metodologie formative che saranno adottate in riferimento ai diversi destinatari.

Metodologie	Totale
Audit clinico o assistenziale*	1
Audit di rischio clinico	1
BLENDED	19
Comando tecnico-scientifico (occorre nulla osta della Struttura accettante)	1
Conferenze clinico-patologiche/assistenziali*	1
Convegno/congresso/conferenza	13
Corso (max 40 part. per edizione)	164
FAD asincrona	1
FAD sincrona	33
Focus group*	5
PDTA integrati e multi professionali*	1
Rassegna di morbilità e mortalità di rischio clinico	2
Riunione permanente*/Gruppo di Miglioramento*/Comunità di pratica*	51
Seminario, giornata studio, consensus meeting	27
Simulazione (solo per DGR254/2013)	28
Tirocinio, stage	1
Training on the job, addestramento pratico (max 1 tutor ogni 5 partecipanti)	28
Videoconferenza	7
Totale	384

In Sintesi

Per l'anno 2024 il PAF prevede **384** eventi che si dispiegano in **3563** edizioni si prevede un investimento pari a Euro **945.476,28** per la formazione collettiva proposta dalle macroaree di cui **92.222,32** da fondi regionali ed euro **300.000,00** per la formazione individuale facoltativa e obbligatoria. A queste risorse come per il passato devono aggiungersi **142.000,00** come fondo di riserva.

PAF 2024 Risorse economiche Delibera DG n. 1361 del 18/12/2023	
Aggiornamento collettivo, obbligatorio e facoltativo	955.476,28 (di cui 92.222,32 da fondi regionali)
Aggiornamento individuale, obbligatorio e facoltativo	300.000,00
Fondo di riserva	142.000,00

MONITORAGGIO

Misurare il valore pubblico, generato dall'Azienda mediante le proprie azioni strategiche, si esplicita concretamente nel misurare i risultati raggiunti negli ambiti strategici delineati in questo piano 2024 – 2026 e che saranno rendicontati nella Relazione sulla Performance.

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

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

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

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

con i rispettivi ambiti di riferimento, indicatori e target previsti nel triennio 2024 – 2026.

ALLEGATI

Allegato 1: Sistema di monitoraggio del Piano della Performance

Allegato 2: Piano delle Azioni Positive (PAP) 2023-2025

Allegato 3 Procedura per la gestione del rischio corruzione

Allegato 4: Mappatura n. 60 processi anno 2022

Allegato 5: Mappatura n. 49 processi anno 2023

Allegato 6: Misure non attuate processi anno 2023

Allegato 7: Mappatura n. 38 processi anno 2024

Allegato 8: Griglia obblighi di pubblicazione

Allegato 9: Indicatori Lavoro Agile

Allegato 10: Piano triennale del fabbisogno di personale