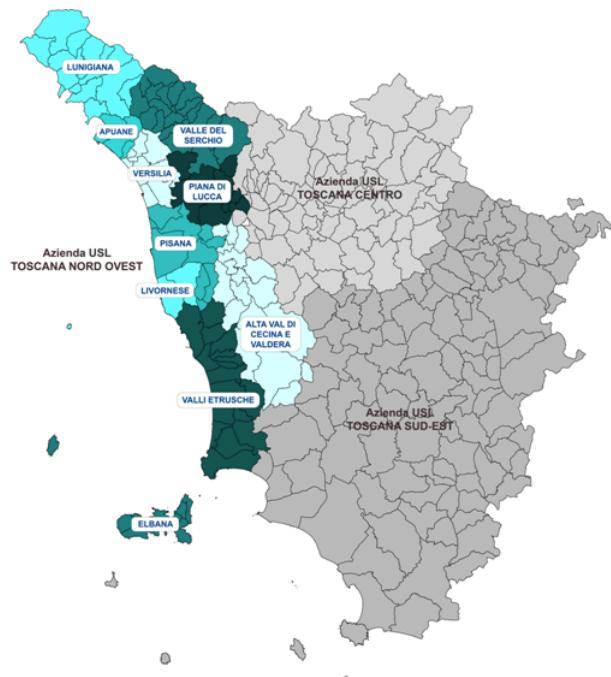




Azienda USL Toscana nord ovest

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

ANNO 2025-2027



Gennaio 2025

INDICE

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	4
VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	6
Valore pubblico.....	6
Performance.....	41
Rischi corruttivi e trasparenza.....	44
Struttura organizzativa.....	73
Organizzazione del lavoro agile.....	76
Piano triennale dei fabbisogni di personale.....	77
Formazione del personale.....	80
MONITORAGGIO.....	81
ALLEGATI.....	81

Premessa

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021 n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni adottino entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Il Piano si pone l'obiettivo di assorbire in un unico documento molti degli atti di pianificazione cui è tenuta l'organizzazione. Il principio che guida la definizione del PIAO è ispirato alla volontà di superare la molteplicità, e conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa. Il PIAO rappresenta pertanto una sorta di "testo unico" della programmazione, nella **prospettiva di semplificazione e visione integrata** rispetto alle strategie da adottare. Il documento è finalizzato a promuovere la qualità e la trasparenza da parte dell'Azienda, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e attivare una progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della legge 190/2012. Il Piano, redatto di concerto con gli altri atti di programmazione economico-finanziaria, è un documento di pianificazione triennale con programmazione delle attività per l'anno 2024. Il quadro normativo è stato completato con l'approvazione del D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81, in cui sono stati individuati gli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione. Il decreto 30 giugno 2022, n. 132 ha invece definito il contenuto del documento.

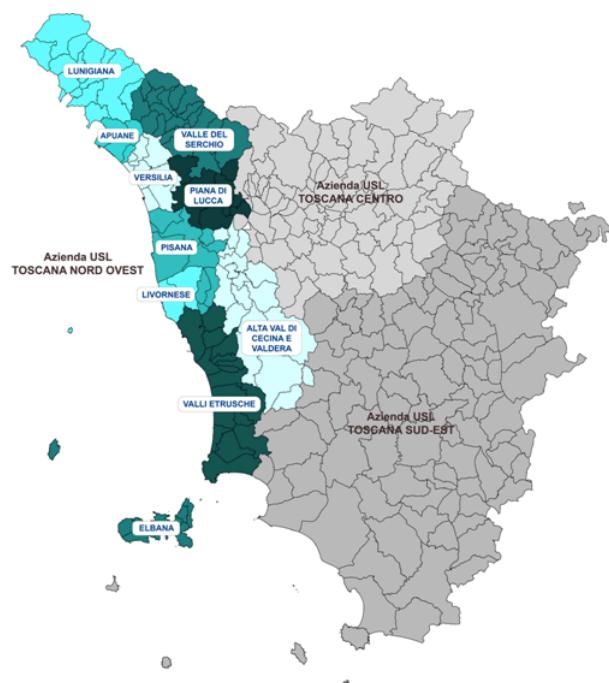
Nella pianificazione 2025-2027 è opportuno tenere conto del fatto che **l'emergenza Covid-19** ha reso ancora più evidente **il valore universale della salute e la sua natura di bene pubblico fondamentale**. La pandemia ha avuto un impatto molto forte sul Sistema Sanitario ed ha messo in luce l'opportunità di mettere in atto strategie nuove, con una prospettiva non solo di reagire alla sfida assistenziale aggiuntiva posta dal virus, ma anche di superare elementi di debolezza che erano già presenti prima dell'impatto pandemico. Si conferma quindi l'esigenza di intervenire con azioni di rafforzamento del sistema e in particolare, della **rete dell'assistenza territoriale e dell'integrazione ospedale-territorio**, dando impulso all'**innovazione digitale**, che riveste un ruolo cruciale e trasversale anche a livello nazionale negli indirizzi del **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**. Per i prossimi anni saranno pertanto decisive le seguenti priorità per l'organizzazione:

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

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

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

La Azienda USL Toscana Nord Ovest è stata costituita il 01/01/2016 dalla fusione delle 5 Asl della costa nord ovest della Toscana, ovvero quelle di Livorno, Pisa, Viareggio, Lucca e Massa e opera su un vasto territorio che conta una popolazione residente di 1.245.397 (pop. al 1 gennaio 2024, fonte ARS Toscana). Presenta forma allungata sulla costa tirrenica (distanza tra Aulla e Piombino circa 180 chilometri). Il territorio comprende anche un complesso insulare (isola d'Elba, isola di Capraia) e almeno due aree a bassa densità abitativa, che sono la Lunigiana e la Valle del Serchio.



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

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

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

Sono presenti 778 medici di medicina generale (MMG) e 125 pediatri di libera scelta convenzionati con l'azienda. I MMG sono organizzati in **39 AFT** - Aggregazioni funzionali territoriali (dati anno 2024). I Pediatri di famiglia dal 2025 sono anch'essi in 8 AFT. Gli Specialisti Ambulatoriali convenzionati con l'Azienda sono 340 e sono costituiti in 11 AFT.

Nell'Azienda USL Toscana nord ovest insistono **10 presidi ospedalieri** (13 stabilimenti) oltre a 8 strutture private accreditate. Sul territorio inoltre, nella zona Pisana, sono presenti l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP), la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM) e la clinica di S. Rossore, una casa di cura privata non convenzionata. Nella zona dell'Alta val di Cecina opera inoltre L'Auxilium Vitae, una azienda con rapporto in forma societaria S.P.A.

Di seguito sono rappresentati gli ospedali dell'azienda e le dotazioni dei posti letto, suddivisi tra ricovero ordinario e day hospital al 31 dicembre 2024.

tipologia	P.L. ORD	P.L. DH	P.L. DS	tot ppl
□ PUBBLICO	2.233	183	129	2.545
⊕ OSPEDALE LIVORNO	376	27	25	428
⊕ OSPEDALE VERSILIA	369	40	14	423
⊕ PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LUCA	329	38	18	385
□ PRESIDIO OSPEDALIERO APUANE	307	27	20	354
OSPEDALE APUANE	307	27	20	354
□ PRESIDIO OSPEDALIERO "FELICE LOTTI"	257	4	15	276
P.O. F. LOTTI STABILIMENTO DI PONTEDERA	243	4	15	262
SPDC AZIENDALE ASLS	14	0	0	14
□ OSP. ZONA B.VAL DI CECINA VAL DI CORNIA	241	18	16	275
OSPEDALE CIVILE DI CECINA	134	11	7	152
OSPEDALE DI VILLAMARINA	107	7	9	123
□ PRESIDIO OSPEDALIERO VALLE DEL SERCHIO	135	12	5	152
STABILIMENTO OSPEDALIERO SAN FRANCESCO	77	4	1	82
STABILIMENTO OSPEDALIERO SANTA CROCE	58	8	4	70
□ PRESIDIO OSPEDALIERO LUNIGIANA	105	3	5	113
OSP. S. ANTONIO ABATE FIVIZZANO (MS)	54	2	2	58
OSP. S. ANTONIO PONTREMOLI (MS)	51	1	3	55
⊕ OSPEDALE DI PORTOFERRAIO	61	11	4	76
⊕ PRESIDIO OSPEDALIERO "S.MARIA MADDALENA"	53	3	7	63
□ PRIVATO ACCREDITATO	292	41	75	408
⊕ CASA DI CURA S.CAMILLO	69	31	38	138
⊕ C. DI CURA M.D. BARBANTINI SANTA CHIARA	45	5	15	65
⊕ CASA DI CURA S.ZITA	52	2	6	60
⊕ CEN. S.MARIA ALLA PINETA F.DON GNOCCHI	45	0	0	45
⊕ CASA DI CURA VILLE DI NOZZANO	37	3	0	40
⊕ CASA DI CURA BARBANTINI	32	0	0	32
⊕ CASA DI CURA VILLA TIRRENA	12	0	8	20
⊕ CASA DI CURA SUORE DELL'ADDOLORATA	0	0	8	8
□ MISTO PUBBLICO-PRIVATO	84	2	0	86
⊕ AUXILIUM VITAE VOLTERRA SPA	84	2	0	86
Totale	2.609	226	204	3.039

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Valore pubblico

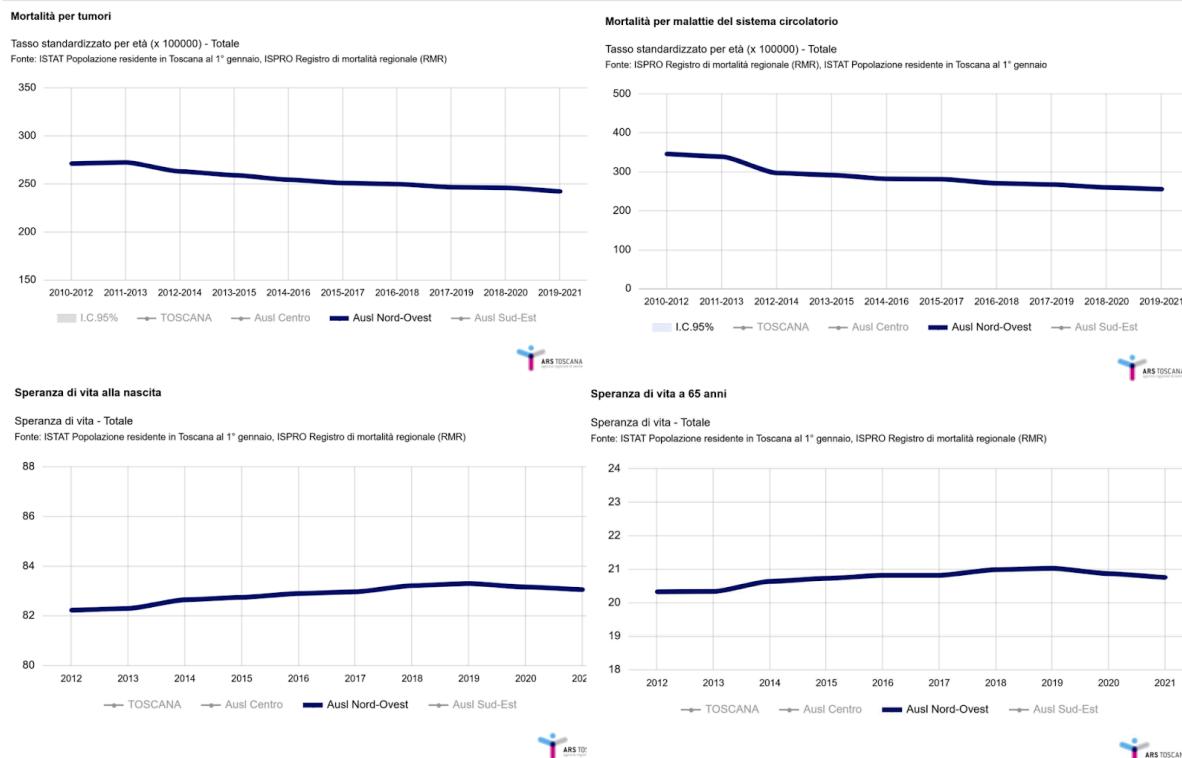
La salute è una dimensione fondamentale alla base del benessere individuale e collettivo. Il valore di un Sistema Paese va di pari passo con l'efficacia del suo Sistema Sanitario e, anche dopo l'esperienza della pandemia, è sempre più evidente la necessità di una sanità basata sul valore, in grado di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

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

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

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

Di seguito si riporta l'andamento negli anni di alcuni indicatori rappresentativi dello stato di salute della popolazione con gli ultimi dati disponibili: la speranza di vita a la mortalità (fonte ARS Toscana). Il dato più aggiornato si riferisce al biennio 2019-2021.



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

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

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

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

- Sviluppare il nuovo modello dell'assistenza territoriale intorno alla Centrale Operativa Territoriale
- Sviluppare la rete delle case di comunità
- Potenziare gli Ospedali di Comunità e l'assistenza domiciliare
- Estendere il modello dell'infermiere di famiglia e comunità
- Estendere il nuovo modello di emergenza urgenza territoriale
- Estendere il nuovo modello della continuità assistenziale
- Consolidare e sviluppare la rete consultoriale
- Consolidare e sviluppare la rete della salute mentale e dipendenze
- Consolidare e sviluppare la rete delle cure palliative
- Consolidare e sviluppare la rete dell'integrazione socio sanitaria

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

- Strategie per lo sviluppo di modelli organizzativi flessibili, orientati anche alla valorizzazione delle aree interne e degli ospedali di prossimità
- Sviluppo della rete della chirurgia robotica
- Prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding negli ospedali
- Progetto Proximity Care

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

- Governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche
- Governo dell'appropriatezza farmaceutica e dispositivi

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

- Sviluppo della telemedicina
- Promuovere e potenziare i Servizi al Cittadino
- Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali
- Procedure da semplificare

6. Il consolidamento della rete ospedaliera e nuove opere

- Nuovo ospedale di Livorno
- Presidio Cecina-Piombino: ridisegno della rete a seguito dell'unificazione e riqualificazione edilizia degli ospedali
- Riqualificazione e sviluppo dell'Ospedale di Volterra
- Efficientamento energetico

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

- Garantire la trasparenza dei percorsi e la tutela dei pazienti e favorire la partecipazione dei cittadini e delle Comunità
- Governare i requisiti e gli standard di qualità
- Gestire il rischio clinico e governare gli standard inerenti la sicurezza dei pazienti e degli operatori nei percorsi assistenziali
- Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza dell'organizzazione

8. Lo sviluppo del capitale umano, dell'organizzazione e innovazione

- Nuove competenze, formazione
- Modelli innovativi di organizzazione del lavoro
- Pari opportunità ed equilibrio di genere
- Promuovere la salute, la sicurezza ed il benessere del personale

Tali indirizzi sono ripresi e maggiormente dettagliati di seguito.

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

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

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

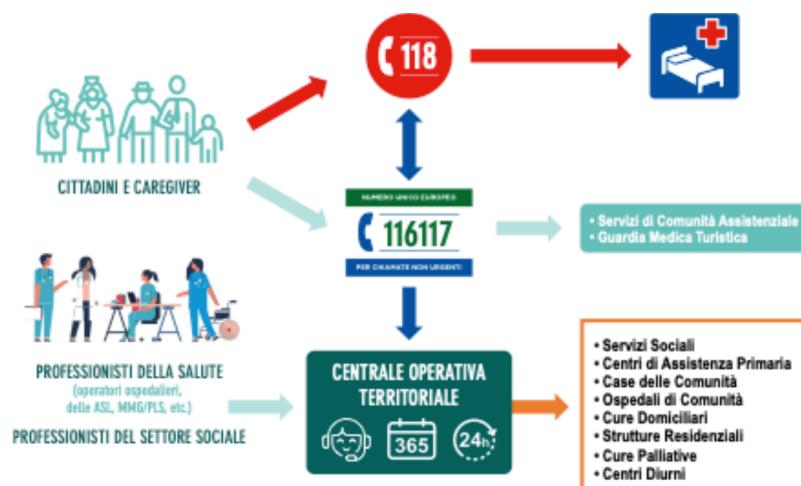
Sugli screening oncologici, tenuto conto anche degli ultimi indirizzi contenuti nella DGR n. 1257 del 30 ottobre 2023, l'azienda adotta una strategia finalizzata ad aumentare la copertura della popolazione target. I dati evidenziano le maggiori criticità sul colon retto, con margini di miglioramento sui risultati.

Tra le azioni condivise in area vasta ci sono **l'integrazione dell'offerta con l'Azienda Ospedaliero Universitaria** di riferimento, sia per l'esecuzione dei test di screening che per il secondo livello, oltre ad una **maggior sensibilizzazione della cittadinanza** rispetto all'importanza della prevenzione oncologica. I risultati attesi sono il rispetto degli obiettivi previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia.

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

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

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



La Centrale Operativa Territoriale nasce, in linea a quanto previsto dal PNRR, come **elemento cardine della riorganizzazione territoriale**. Rappresenta un centro operativo di coordinamento che

garantisce a tutto lo staff ospedaliero e territoriale le informazioni relative ai bisogni clinici e assistenziali, necessarie per l'assistenza territoriale ai pazienti, dettagliate e in tempo reale e coordina le risorse per il raggiungimento dei risultati. La COT rappresenta lo strumento aziendale di raccolta e classificazione del bisogno espresso, attivazione delle risorse più appropriate, programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le "transizioni" da un luogo di cura all'altro (esclusi i trasferimenti tra ospedali) o da un livello clinico/assistenziale all'altro. Diventa quindi l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale al fine di svolgere una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. In questo modello organizzativo innovativo, la COT svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliero e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza. In attuazione del DM77/22 e sulla base delle indicazioni della DGRT 1508/22 e della più recente 495/24, in ATNO, dal 01 Giugno 2024, sono attive: - 12 COT Zonali - 1 COT Aziendale. Le COT Zonali svolgono la loro funzione all'interno della Zona Distretto di afferenza, assorbendo i compiti delle ex-Agenzie di Continuità Ospedale Territorio ed estendendo la competenza anche sulle transizioni di tipo territorio-territorio e territorio-ospedale.

La COT Aziendale dialoga con la rete delle COT Zonali ed ha una gestione centralizzata delle risorse sanitarie, per i casi che non trovano una risposta appropriata nei territori di competenza; oltre a ciò svolge una funzione di monitoraggio delle attività delle COT Zonali

Rispetto al SEUS, ad oggi è attivo in 3 zone, è prevista la diffusione a tutto il territorio entro il 2025. E' in corso inoltre l'implementazione dei rapporti tra SEUS e COT. Anche la valutazione del paziente complesso in UVM (Unità di Valutazione multidimensionale) e UVMD (Unità di Valutazione multidimensionale Disabilità), per la semplificazione dei percorsi per i cittadini ma anche per l'organizzazione dei servizi viene effettuata direttamente presso la COT.

➤ Sviluppo della rete delle Case di Comunità

Lo sviluppo della rete delle Case della Comunità previste dal DM 77/2022 e dalla DGRT 1508/2022 è delineato da un piano regionale approvato con DGRT 631/2024. Tale piano prevede l'apertura di 53 strutture, come sviluppo delle attuali Case della Salute oppure come strutture aperte ex novo.

Per diventare "case della comunità", con una forte spinta all'integrazione socio sanitaria, le case della salute dovranno rispondere a precisi standard funzionali indicati nel DM 77 e declinati a livello regionale con la delibera 1508/2022. La CdC, così come previsto nel DM 77/2022, è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella CdC lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Case della comunità programmate	
Zona	CdC_Program
Alta Val di Cecina - Val d'Era	6
Apuane	4
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	7
Elba	3
Livornese	7
Lunigiana	3
Piana di Lucca	5
Pisana	6
Valle del Serchio	4
Versilia	8
Totale	53

➤ Potenziare gli Ospedali di Comunità e l'assistenza domiciliare

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare, alle persone fragili e/o anziane in situazioni di complessità assistenziale o con patologie croniche che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica, ricoveri impropri, riducendo quindi l'utilizzo della lungodegenza e dell'istituzionalizzazione.

Gli OdC, essendo strutture a valenza zonale e quindi generalmente più prossime al domicilio, consentono dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di bisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia, nel caso in cui il rientro al domicilio non sia possibile o per mancanza di un supporto familiare o perché necessaria un'assistenza infermieristica continuativa. Costituiscono pertanto anche una alternativa alle cure domiciliari, per un periodo di tempo definito, nei casi in cui questa non sia possibile per la particolare condizione della persona da assistere.

Il modello di OdC proposto prevede un'evoluzione rispetto alla residenzialità intermedia declinata con precedenti atti regionali di programmazione, ma mantiene al contempo una forte continuità, per quanto concerne sia gli aspetti autorizzativi che quelli organizzativi, con i precedenti assetti delle strutture presso le quali erano attivati setting di cure intermedie.

La recente DGR 1534/2024 stabilisce di articolare l'offerta di residenzialità intermedia garantita nella nostra Regione dagli Ospedali di Comunità su due setting di ricovero differenziati, di seguito individuati,

- Ospedali di Comunità ad alta complessità assistenziale, che si identificano nelle strutture precedentemente qualificate come cure intermedie Low Care – setting 1- di cui alla delibera G.R. n.909/2017;
- Ospedali di Comunità a medio-bassa complessità assistenziale, che si identificano nelle strutture precedentemente qualificate come cure intermedie Residenzialità Sanitaria Intermedia – setting 2- di cui alla delibera G.R. n.909/2017;

La programmazione regionale prevede la presenza di almeno 1 Ospedale di Comunità in ogni zona-distretto/SdS, avendo comunque come riferimento lo standard di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, con l'obiettivo di un progressivo allineamento al parametro individuato nella delibera G.R. n.1508/2022. Il PNRR finanzia 8 interventi per gli ospedali di comunità, che saranno attivati nelle seguenti sedi.

zone	Comune	Ubicazione	posti letto programmati
Apuane	Massa	Nuova casa di comunità	20
Piana di Lucca	Lucca	Campo di Marte padiglione C	40
Valle del Serchio	Barga	Ospedale	20
Livornese	Livorno	Nuova casa di comunità (Fiorentina)	20
Livornese	Livorno	Padiglione 5	40
Valli Etrusche	Rosignano	Nuova casa di comunità Rosignano	20
Valli Etrusche	Cecina	Ospedale	10
Versilia	Viareggio	Tabarracci	36

Per quanto riguarda l'**assistenza domiciliare** si fa riferimento all'obiettivo fissato dal DM 77, che stabilisce una copertura di almeno il 11,1% della popolazione oltre 65 anni. Il target 2024 ha

previsto l'obiettivo di presa in carico di almeno 37.082 pazienti di 65 o più anni, target raggiunto e superato, con un numero di over 65 in carico pari a 40.202 (11,95%).

Riguardo agli indicatori core del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), l'assistenza domiciliare risulta ad un livello ottimale rispetto alle fasce di intensità assistenziale, con i seguenti risultati:

- D22Za Tasso di pazienti in ADI CIA 1: 6.29 per mille (obiettivo >4)
- D22Zb Tasso di pazienti in ADI CIA 2: 5.80 per mille (obiettivo >2.5)
- D22Zc Tasso di pazienti in ADI CIA 3: 10.77 per mille (obiettivo >2)

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

L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguiendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti, ponendo al centro la persona. La copertura sul territorio, che misura la percentuale di popolazione che può fare riferimento all'IFeC, è passata dal 36,4% nel 2021 a 98% nel 2024, con l'obiettivo di completare entro il 2025 al 100%.

Gli IFeC garantiscono l'assistenza infermieristica di prossimità essendo capillarmente presenti in un determinato territorio di riferimento per la popolazione e costituiscono il punto di partenza per la presa in carico e l'erogazione di attività assistenziali di competenza. Il lavoro in equipe contraddistingue il modello, come la proattività nell'intercettare i bisogni della popolazione dell'area territoriale di riferimento nonché il sostegno nell'indirizzare i cittadini per un accesso equo e agevole ai servizi sanitari e socio sanitari.

Tra gli obiettivi del modello ha un ruolo fondamentale quello di rafforzare l'integrazione con l'assistenza ospedaliera, a garanzia della continuità delle cure e della presa in carico territoriale, per offrire percorsi assistenziali sempre più appropriati e qualificati, in particolare per pazienti fragili o con patologie croniche all'atto della dimissione ospedaliera. La continuità assistenziale rappresenta la prosecuzione del trattamento nel luogo di cura più appropriato secondo la complessità del caso e dei bisogni del paziente, per garantire i quali è necessario implementare strategie condivise e innovative, anche con strumenti informatici facilitanti l'handover.

L'IFeC agevola l'attivazione dei percorsi di accompagnamento e di presa in carico personalizzati del paziente, rispondenti alle condizioni clinico-assistenziali, alle condizioni familiari e sociali, in sinergia con la Medicina Generale e la Rete locale presente sui territori, e attraverso lo sviluppo delle COT che, avendo una visione approfondita delle varie realtà territoriali, avranno un ruolo di centrale nei collegamenti tra l'Ospedale ed il Territorio e nella continuità assistenziale. Fondamentale la possibilità di attivare infermieri esperti, in particolare per le Cure Palliative, settore nel quale è stato investito negli ultimi anni, garantendo un sistema integrato con gli IFeC. La tabella mostra la situazione esistente al 31 dicembre 2024.

Zona	popolazione residente	pop coperta	% copertura	IFeC
LUNIGIANA	51.279	51.279	100%	17
APUANE	136.304	136.304	100%	31
VERSILIA	159.710	159.710	100%	40
PIANA DI LUCCA	169.374	169.374	100%	41
VALLE DEL SERCHIO	53.100	53.100	100%	23
VALDERA ALTA VAL DI CECINA	138.716	138.716	100%	46
PISANA	201.073	178.579	89%	40
LIVORNESE	170.530	170.530	100%	38
VALLI ETRUSCHE	134.893	134.893	100%	41
ELBA	31.351	31.351	100%	14
Totale	1.246.330	1.223.836	98%	331

L'estensione del modello IfeC nel territorio Aziendale, con assegnazioni diversificate per demografia, caratteristiche zonali, densità di popolazione, percorrenze, rende possibile offrire un'assistenza infermieristica territoriale non solo al domicilio ma, come da indicazioni Agenas anche a livello ambulatoriale e di comunità, con l'attivazione degli ambulatori di prossimità. L'integrazione dei livelli ambulatoriale, domiciliare e di comunità rende possibile programmare obiettivi qualitativi di cui:

- presa in carico proattiva sia domiciliare che ambulatoriale, con monitoraggio dei flussi informativi
- continuità assistenziale con la COT, attraverso l'attivazione dell'IfeC per la casistica prevista nella continuità H-T e T-T
- potenziamento degli ambulatori di prossimità per le attività orientate alla promozione della salute e di prevenzione, sia a livello ambulatoriale che di comunità, con focus su empowerment della persona e della comunità

Nella continuità dell'assistenza infermieristica, l'integrazione con le Cure Palliative diviene fondamentale, dato in evoluzione considerati gli infermieri dedicati alle cure palliative specialistiche operanti in sinergia con gli IfeC nell'assistenza alla persona e care giver in cure palliative.

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

La Toscana dispone di una rete di emergenza territoriale il cui dimensionamento non ha eguali in Italia, che garantisce una rete di assistenza di tutto rilievo. Questa rete si è sviluppata anche grazie alla partecipazione attiva del volontariato, con la sua capillare diffusione sul territorio regionale ed all'impegno dei professionisti sanitari dei vari Sistemi 118. La rete comunque oggi presenta differenze organizzative nei vari territori, che di fatto non garantiscono una equità di trattamento e di accesso alle prestazioni per i cittadini. Nel corso degli anni sono notevolmente cambiate le competenze professionali degli infermieri e le possibilità di intervento dei soccorritori afferenti alle Associazioni di Volontariato/CRI che, unitamente all'evoluzione tecnologica, mettono a disposizione del sistema elementi utili a ripensare il modello nell'ottica di garantire una maggiore equità ed efficienza, comunque nella salvaguardia delle reti tempo dipendenti e nel rispetto della normativa vigente (DM 70/2015).

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

L'obiettivo è quello di aumentare la capillarità della rete con particolare riferimento alle patologie del first hour quintet (FHT), e omogeneizzare, nel rispetto della normativa vigente, il sistema sull'intero territorio regionale, al fine di garantire equità di accesso a tutti i cittadini attraverso la creazione di una rete di emergenza territoriale organizzata su più livelli (ambulanze di primo soccorso, ambulanze infermieristiche, ambulanze medicalizzate ed automediche), integrati e coordinati fra di loro. Si tratta di costruire una rete che preveda un mezzo di primo soccorso abilitato BLSD (ambulanze con defibrillatore semi-automatico e personale soccorritore abilitato alla defibrillazione), che arrivi sul paziente in 8 minuti nelle località con più di 1.000 abitanti, considerando anche la dislocazione dei mezzi di soccorso con professionisti sanitari.

La Regione Toscana, con le delibere 1424 e 1425 del 2022, ha delineato gli indirizzi per attuare la riorganizzazione della rete di emergenza urgenza territoriale, della continuità assistenziale e l'avvio del percorso finalizzato all'attivazione del numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117. Per quanto riguarda **la riforma emergenza-urgenza territoriale** (DGRT 1424/2022), tra i punti di forza del nuovo modello ci sono:

- l'incremento delle automediche, con equipe medico infermieristiche in grado di replicare le competenze ospedaliere sul territorio;
- i sanitari nelle postazioni in stand by potranno essere impiegati nelle attività dei presidi ospedalieri, nei servizi che creano minor disagio per l'utenza;
- implementazione della presenza di ambulanze infermieristiche.

Le proposte tecniche sono state condivise con gli stakeholder locali, primi fra tutti i rappresentanti delle Associazioni di Volontariato/CRI coinvolte nei tavoli aziendali che, in conformità a quanto stabilito dalla l.r. 40/2005, sono parti integranti del SSR in quanto soggetti facenti parte del sistema territoriale di soccorso. Sulle proposte tecniche è stato avviato il confronto con gli altri organi previsti: Conferenza aziendale dei Sindaci, Istituzioni locali, Comitati aziendali di partecipazione dei cittadini, Organizzazioni sindacali, Ordini professionali.

Nel 2024 in ottemperanza rispetto a quanto pianificato si è registrata l'apertura di una automedica h24 sulla città di Livorno, una ambulanza infermieristica h24 sul territorio di Collesalvetti (passaggio da 12 a 24 ore della presenza di un mezzo di soccorso avanzato con sanitario a bordo). Nella città di Pisa si annovera l'apertura di un'automedica h24 e di un'ambulanza infermieristica h24.

Nel 2025, in ragione di un progressivo completamento della riorganizzazione del servizio di emergenza, è prevista l'apertura:

- della seconda automedica h24 presso la città di Livorno;
- di due automediche h24, di due ambulanze infermieristiche h24 e di due ambulanze infermieristiche h12 nelle Valli Etrusche;
- nella Valle del Serchio di due automediche h24 e di due ambulanze infermieristiche h24.

L'ultimo step della riorganizzazione prevede l'apertura di una automedica h24 a Cascina, l'apertura di una ambulanza infermieristica h12 a Vecchiano ed il passaggio da h12 ad h24 delle ambulanze infermieristiche di Peccioli e Valdera.

Quanto sopra verrà messo in atto una volta conclusi i passaggi di condivisione previsti dalla DGR 1424/2022.

➤ Attuare la riforma della continuità assistenziale

La riforma della continuità assistenziale (DGRT 1425/2022) si inserisce in modo coerente con il nuovo modello di assistenza territoriale previsto dal DM 77 e dalla DGRT 1508/2022. In accordo con quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale vigente, l'obiettivo è quello di realizzare una piena integrazione tra Medici di assistenza primaria a ciclo di scelta (mmg) e Medici di assistenza primaria a ciclo orario (cosiddetta continuità assistenziale). La riorganizzazione del servizio prevede l'individuazione di alcune sedi di continuità ad h 24 e di altre ad h 16 (con fine del turno alle ore 24:00 invece che alle 08:00). Le sedi ad attività h24 saranno individuate in base ai criteri di numerosità delle chiamate, oro-geografici del territorio o in base alla presenza di Case di Comunità principali. Il coordinamento delle chiamate nelle sedi operative avverrà da parte della centrale unica regionale 116117. Le ore recuperate dalle sedi ad attività h 16 saranno reinvestite in attività diurne per la cura delle persone fragili, pluri-patologiche e terminali secondo l'obiettivo di potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale e della domiciliarità. Le proposte tecniche dovranno essere deliberate dall'Azienda Sanitaria territoriale, previo confronto con la conferenza dei sindaci ed approvazione del comitato aziendale per la medicina generale, sentiti il comitato di partecipazione aziendale e gli ordini professionali.

Numeros Europeos Armonizados (NEA) 116117: la Regione ha attivato nel corso del 2024 la centrale unica operativa regionale per le richieste di continuità assistenziale notturna e festiva a cui rivolgersi chiamando il numero europeo armonizzato 116117, già operativo per la continuità assistenziale in Lombardia, Piemonte e provincia di Trento. Fino all'attivazione del NEA 116117, i numeri di telefono e modalità organizzative variavano a seconda del territorio e della Asl. L'Azienda ha attivato il collegamento con il NEA 116117 il 18 novembre 2024, superando la precedente organizzazione in favore di un numero unico di attivazione attraverso il quale si viene indirizzati alla risposta più adeguata, cioè all'emergenza se necessario o in alternativa alla sede di CA più vicina. Il cittadino può rivolgersi al 116117 per richiedere assistenza e prestazioni non urgenti. In una fase successiva il NEA offrirà anche supporto per chi è affetto da patologie croniche o per i soggetti fragili a domicilio. Il nuovo servizio ha un alto livello tecnologico ed utilizza sistemi già in uso al 112: oltre alla telemedicina, la geolocalizzazione della chiamata, app dedicate, il trasferimento di tutti i dati al medico di continuità assistenziale.

➤ **Consolidare e sviluppare la rete consultoriale**

I nuovi indirizzi regionali sulle attività consultoriali (DGR 674/23) rappresentano una grande opportunità di sviluppo della rete dei Consultori perché possano essere sempre più rispondenti ai bisogni delle persone. Essi infatti riprendono tutti i principi cardine su cui si basa l'attività consultoriale, quali l'accoglienza, la multidisciplinarietà, il lavoro di equipe e in rete, l'offerta attiva, l'accesso universalistico e libero, ma li declinano in un'ottica nuova per renderli adatti all'evoluzione del contesto sanitario e sociale. Lo scopo è duplice: migliorare e potenziare sia dal punto di vista organizzativo che qualitativo l'esistente, ma anche gettare le premesse di un processo evolutivo del servizio.

Per attuare gli indirizzi è stato definito un Piano di adeguamento, approvato con Deliberazione del Direttore Generale N. 1167 del 28/12/2023, che coinvolge diversi settori aziendali e che sarà progressivamente sviluppato nei suoi vari aspetti e in particolare relativamente a:

- sviluppo della nuova rete aziendale consultoriale secondo un modello hub/spoke
- consolidamento delle equipe multiprofessionali
- adeguamento dei Consultori principali secondo i nuovi requisiti strutturali e infrastrutturali
- completamento del percorso di sviluppo omogeneo e di uniformità dell'offerta dei percorsi assistenziali consultoriali
- implementazione dei "pacchetti salute" e dei PDTAS regionali/aziendali
- progetto di implementazione del servizio di Telemedicina
- potenziamento della comunicazione differenziata per target di popolazione
- attivazione del nuovo flusso regionale consultoriale

➤ **Consolidare e sviluppare la rete della salute mentale e delle dipendenze**

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze concorre nello sviluppare il nuovo modello dell'assistenza territoriale intorno alla Centrale Operativa Territoriale, per ciascuna COT Aziendale viene individuato un referente per il Servizio di Salute Mentale e un referente per il Servizio SerD con funzione di consulenti, al di fine di garantire la multi-disciplinarità nell'elaborazione dei Piani Assistenziali Individualizzati.

Implementazione dei percorsi per i pazienti autori di reato: nel corso degli ultimi anni si è assistito a un notevole incremento delle misure di sicurezza per cittadini autori di reato riconosciuti come infermi o parzialmente infermi di mente. Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ha già individuato i referenti forensi, figure con specifica formazione e competenze deputati alla collaborazione con i periti (CTU), con i Tribunali ordinari e con i Tribunali di sorveglianza, nonché interfaccia dei Servizi di Salute Mentale e dei Servizi per le Dipendenze col PUR (Punto Unico

Regionale), in modo da aumentare l'appropriatezza degli interventi, la rapidità di risposta dei servizi e in generale ottimizzare i percorsi terapeutico-riabilitativi dei pazienti autori di reato. In riferimento alla presa in carico dei pazienti con misura di sicurezza detentiva, ovvero ricoverati presso le REMS o in lista di attesa per le REMS, è stato adottato il software gestionale SMOP (Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG), che permetterà un più accurato monitoraggio e agevolerà l'interfaccia con i Tribunali e con il Punto Unico Regionale. Il risultato atteso è una più rapida presa in carico, con formulazione di progetti terapeutico riabilitativi territoriali alternativi alla condizione detentiva. Il monitoraggio tramite sistema SMOP potrà poi essere esteso anche ai pazienti con misura di sicurezza non detentiva, ovvero in condizione di libertà vigilata. In riferimento alla presa in carico e gestione dei pazienti autori di reato il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze individuerà un gruppo di lavoro aziendale, al fine di definire delle modalità operative comuni, sia per quanto riguarda la definizione dei percorsi riabilitativi, sia per quanto riguarda le modalità di interfaccia con le varie figure e istituzioni coinvolte. Il risultato atteso è una maggiore appropriatezza e omogeneità nell'erogazione delle prestazioni.

Definizione delle Equipe dedicate ai Disturbi dello spettro autistico: in ambito aziendale sono stati individuati i referenti delle equipe dedicate alla presa in carico delle persone affette da disturbo dello spettro autistico a livello delle unità funzionali Salute Mentale Adulti e della Salute Mentale Infanzia Adolescenza. Le equipe individuate ottimizzeranno la presa in carico e la formulazione di un progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale multiprofessionale e multidimensionale in modo da sostenere il progetto di vita individuale, con particolare riferimento alla fase di transizione dall'adolescenza all'età adulta

Sicurezza dei pazienti e degli operatori: il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze si propone di aumentare la sicurezza dei pazienti e operatori all'interno dei setting di cura. A questo scopo è stato realizzato un modello formativo standardizzato per trasmettere le tecniche di de-escalation al personale che opera sui setting della Salute Mentale. Le tecniche di de-escalation sono infatti tecniche non coercitive efficaci in molti casi e applicabili in svariati setting (emergenze territoriali, setting di pronto soccorso e di degenza). Gli eventi formativi saranno organizzati e ripetuti in più edizioni nelle diverse zone dell'azienda, in base alle specifiche necessità. I risultati attesi sono un aumento della sicurezza del paziente, del personale e di altre persone presenti, una migliore presa in carico dell'utenza e limitare il ricorso a interventi coercitivi.

Sviluppo di strumenti di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini e delle comunità: nel 2024 si è insediata la Consulta dipartimentale della salute mentale e delle dipendenze dell'Azienda USL Toscana nord ovest. Questo è l'organismo di partecipazione e ascolto del DSMD, è presieduta dal Direttore del Dipartimento e accoglie i rappresentanti delle associazioni di utenti e/o familiari e associazioni di volontariato che hanno presentato domanda di partecipazione. Le riunioni della consulta permetteranno una più accurata rilevazione delle necessità dell'utenza e dei familiari, e porteranno a una implementazione nell'organizzazione dei percorsi.

Sviluppo del capitale umano: nel corso degli ultimi anni la ricerca ha permesso di delineare in modo più accurato alcune categorie diagnostiche, in particolare in riferimento ai disturbi pervasivi dello sviluppo, fra cui l'ADHD. Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ha avviato un progetto di sviluppo delle competenze del personale attraverso percorsi formativi in collaborazione con l'Università di Pisa. In particolare è stata individuata la necessità di adottare modalità operative uniformi e condivise riguardo gli aspetti diagnostici, di gestione e terapeutici dei pazienti affetti da ADHD sui setting SerD e Salute Mentale. Il percorso formativo mira dunque all'ottimizzazione dell'appropriatezza e della qualità della prestazione erogata.

SPDC Piombino: nel 2025 è prevista l'apertura di un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) presso l'Ospedale Villamarina di Piombino. Sarà il principale reparto di riferimento per le zone Bassa val di Cecina, Val di Cornia ed Elba. Il nuovo SPDC permetterà una presa in carico più completa nel territorio di riferimento e, in generale, rafforzerà la situazione di posti letto di degenza aziendali del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze. Sono previsti 9 posti letto, suddivisi in 4 camere

doppi e una singola; completano il reparto un'area comune dedicata alla refezione ed alle attività ed uno spazio esterno. Per il personale del comparto dedicato è previsto un periodo di affiancamento nei vari SPDC aziendali, mentre per tutto il personale del nuovo SPDC, medici, infermieri ed OSS, è prevista una formazione mirata.

Azioni sviluppate dall'area delle Dipendenze

Piano aziendale di prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e di altri oppioidi sintetici: in linea con il Piano Nazionale di prevenzione presentato dal Dipartimento delle Politiche Antidroga, del marzo 2024, è stato disposto un piano aziendale che promuove e raccomanda l'attuazione di varie azioni da parte delle strutture aziendali e di altri enti coinvolti e il loro monitoraggio.

Progetto di prevenzione dell' azzardopatia denominato "Slow life 2.0" (2025-2026): vista la diffusione del fenomeno del Gioco d'Azzardo in ambito nazionale, regionale e locale prosegue il progetto "Slow Life" (2022-2024). Anche le azioni del nuovo progetto promuovono una cultura del gioco sano inteso come gioco di abilità fatto per il piacere di giocare, come ristoro e legato alle tradizioni locali. Questa tipologia di gioco promuove nei ragazzi le life skills relazionali e negli adulti consente di mantenere attive le funzioni cognitive. Grazie a questo progetto l'enciclopedia Treccani ha sostituito il termine "ludopatia" con quello corretto di "azzardopatia".

Convenzione Quadro tra la Regione Toscana le Aziende Usl e il CEART: è stata rinnovata la Convenzione Quadro che riguarda i percorsi assistenziali residenziali e diurni per persone con disturbo da uso di sostanze e da gioco d'azzardo. L'accordo consente di proseguire con l'integrazione tra i servizi pubblici e del privato sociale, garantendo l'appropriatezza degli interventi di prevenzione, cura riabilitazione e reinserimento sociale/lavorativo, attraverso periodici tavoli di lavoro e di confronto.

➤ Consolidare e sviluppare la rete delle cure palliative

Con la delibera 960/2023, la Regione approvato il Piano Regionale per le cure palliative 2023-2026, che prevede:

- il consolidamento delle cure palliative domiciliari, attraverso la progressiva estensione della presa in carico di malati in condizioni di cronicità complesse e avanzate tramite le équipe delle UCP-dom e, tramite le medesime équipe, anche in RSA;
- il consolidamento delle cure palliative residenziali attraverso il completamento del processo di ampliamento dell'offerta degli hospice territoriali, garantendone la distribuzione uniforme su tutto il territorio;
- la garanzia delle cure palliative in sede ospedaliera attraverso attività di consulenza specialistica e attività ambulatoriale ed al tempo stesso un governo degli accessi al pronto soccorso in termini di appropriatezza e continuità dell'assistenza;
- il potenziamento della governance sia a livello regionale che aziendale;
- l'implementazione delle cure palliative precoci, intese qui come cure di supporto alla qualità della vita, e simultanee alle terapie attive, sia in ambito ospedaliero che territoriale;
- il potenziamento della presa in carico territoriale, coerentemente con i nuovi assetti dati dal DM 77/2022;
- l'erogazione delle cure palliative per l'età pediatrica in tutto il territorio regionale, l'ampliamento della rete locale di assistenza, attraverso le Organizzazioni del Volontariato di Settore

Sulla base degli indirizzi regionali, la programmazione aziendale si pone l'obiettivo di garantire uniformità ed equità di accesso su tutto il territorio con l'adeguamento della rete locale di Cure Palliative, e implementare l'erogazione del servizio per raggiungere lo standard previsto.

➤ **Consolidare e sviluppare la rete dell'integrazione socio sanitaria**

L'obiettivo è sviluppare a livello aziendale e di zona/sds il governo integrato della rete delle strutture socio sanitarie residenziali e semiresidenziali (RSA, RSD, Centri diurni, Strutture della salute mentale, dipendenze, minori etc.), per omogeneizzare le buone pratiche e le procedure assistenziali, oltre a promuovere l'innovazione organizzativa, in un contesto che richiede risposte a bisogni socio sanitari molto complessi. In particolare nel triennio verranno presidiati i seguenti ambiti:

- **Monitoraggio delle attività a livello zonale delle ULTM**, costituite nel 2024 (Unità locali di tutela minori), finalizzate alla valutazione e presa in carico integrata delle famiglie fragili e vulnerabili per prevenire interventi di istituzionalizzazione dei minori (progressiva riduzione del tasso di ricovero dei minori e delle istituzionalizzazioni)
- Rispetto degli **standard previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia** relativi al numero di anziani non autosufficienti (<75 anni) in trattamento residenziale (D33Z)
- Semplificazione dell'accesso per i cittadini mediante l'unificazione del Punto insieme, (a cui ad oggi si rivolgono le persone con bisogni di non autosufficienza e disabilità) e del Segretariato Sociale (a cui ad oggi si rivolgono le persone con bisogni socio-assistenziali). Il cittadino si rivolgerà al **Punto Unico di Accesso** (PUA), che sarà attivato progressivamente nelle Case di Comunità. Sviluppo e implementazione dei PUA e progressiva estensione
- Omogeneizzare l'offerta delle prestazioni domiciliari, le risorse e le modalità organizzative, per favorire il rispetto dei diritti di cittadinanza (Monitoraggio e rivalutazione dei PTRI **Piani Terapeutici Riabilitativi Personalizzati** all'interno delle strutture residenziali)
- **Monitoraggio e armonizzazione dei fondi:**
 - relativi al target non **autosufficienza e target disabilità**, con la finalità di omogeneizzare gli interventi e le prestazioni per gli anziani e le persone disabili, oltre che di contenere le liste di attesa
 - relativi al target della **salute mentale**, per omogeneizzare gli interventi e le prestazioni per i pazienti della salute mentale, e ricondurle alla corretta fonte di finanziamento (Fondo Sanitario Indistinto /Bilanci Sociali)
- Monitoraggio e potenziamento dei **Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali** (LEPS), all'interno delle zone/SdS rafforzando l'integrazione con gli enti locali

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

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

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

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

Come noto, il DM 70/2015 prevede tra i vari standard anche il rispetto di alcuni **volumi minimi di attività**, relativamente a una serie di procedure chirurgiche, in ragione della documentata relazione esistente tra la numerosità della casistica e gli esiti delle cure. Tali soglie, nell'ambito del Programma Nazionale Esiti, sono state integrate con ulteriori raccomandazioni.

Questo comporta la necessità di una più chiara definizione dei **nodi della rete**, oltre che di **modelli organizzativi condivisi e integrati**, con l'applicazione dei PDTAS, ossia i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e sociali costruiti con i professionisti, della casistica in maniera differenziata tra ospedali di diversa complessità, che tengano conto della diversa caratterizzazione degli ospedali di prossimità e quelli a maggiore complessità. Tale impostazione prevede inoltre un progressivo passaggio ad un modello di gestione più flessibile dei professionisti, che consenta al tempo stesso di presidiare e valorizzare le strutture di prossimità mantenendo e ampliando le competenze. Si tratta pertanto di promuovere l'attivazione di strumenti organizzativi finalizzati ad una migliore presa in carico di prossimità dei pazienti in territori geograficamente complessi, con la finalità di consolidare la presenza e la permanenza delle figure professionali nei territori più periferici:

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

Lo sviluppo della rete dei professionisti parte da un PATTO che deve nascere all'interno delle logiche dipartimentali. Per questo motivo è stato creato un regolamento interno, condiviso anche con le organizzazioni sindacali della dirigenza area sanitaria, per definire le regole di ingaggio dei dirigenti e sviluppare ed attivare logiche di corresponsabilità tra presidi maggiori e presidi minori. Oltre al patto, attraverso accordi specifici, sono stati identificati, nell'ambito delle valorizzazioni di carriera, strumenti per incentivare il personale dirigente a svolgere la propria attività presso i presidi limitrofi e allo stesso tempo per motivare il personale già assegnato nei presidi minori con finalità di retention.

Si tratta di un progetto di valorizzazione delle risorse che muove da molteplici fattori. In primo luogo la crescita professionale: il dirigente senior assegnato al presidio maggiore può svolgere un ruolo importante di tutor nei confronti dei colleghi più giovani che se assegnati a presidi minori potrebbero perdere interesse e motivazione. Nello stesso tempo si prevede che questi ultimi ruotino con una cadenza stabilita anche nei presidi maggiori per aumentare le loro competenze, la casistica dei pazienti seguiti e completare il loro ciclo formativo interno. In secondo luogo, la mobilità dei professionisti da e per i presidi minori, è un buono stimolo per creare opportunità di condivisione di buone pratiche e procedure diffondendo quindi una modalità operativa omogenea che va a vantaggio della diffusione della rete. Il patto rinforza le logiche dipartimentali e fa sì che le problematiche di una struttura siano condivise da tutti con un reciproco scambio di professionalità. Per il personale del comparto, sono stati previsti molteplici incarichi di funzione a livello dipartimentale che hanno ampliato il raggio di azione degli operatori, hanno portato ed incrementato omogeneità delle procedure e dei percorsi facendo sì che i titolari diventassero punti di riferimento sulle materie di competenze a livello aziendale, e ciò ha sicuramente influito anche sulla crescita delle competenze e della motivazione degli operatori.

Nel 2023 grazie all'intervento di Regione Toscana è stato promosso il progetto "ANCH'IO ALL'ELBA". Questo progetto prevede che i dirigenti sanitari di tutta la Regione possano validamente dare il proprio contributo per garantire la sanità elbana, che è una realtà molto particolare. Infatti il presidio di Portoferraio è su un'isola e nel periodo maggio/ottobre vede un'affluenza turistica straordinaria. Negli anni, il progressivo sviluppo delle attività sanitarie e la scarsità di risorse, soprattutto di dirigenti sanitari disponibili a trasferirsi sull'isola, ha comportato gravi disagi nel garantire la continuità dell'attività assistenziale. Per tale motivo, sfruttando anche le potenzialità di un posto paesaggisticamente bellissimo, è stato previsto un trattamento economico aggiuntivo per quei dirigenti sanitari che danno la loro disponibilità a prestare la propria attività presso il Presidio. Il risultato è stato molto interessante perché poco meno di 300 medici hanno dato la propria adesione e hanno passato un periodo dal minimo di una settimana al massimo di 5 settimane presso il Presidio, non solo garantendo tutti i servizi e la continuità delle attività ma anche favorendo uno scambio professionale reciproco tra professionisti, che ha sicuramente accresciuto e valorizzato le competenze di tutte le equipe che lavorano presso il Presidio elbano.

Nell'estate del 2024, grazie all'intervento di Regione Toscana, l'Azienda ha promosso i concorsi SMART ACQUA e SMART TERRA: si tratta di concorsi dedicati alle zone ove il reclutamento è più difficile (isola d'Elba, presidi periferici). Il reclutamento presso queste zone permette di offrire al personale neo assunto un percorso privilegiato con un incarico iniziale valorizzato maggiormente, una retribuzione di risultato aggiuntiva, una formazione specialistica con un contributo annuale da parte dell'azienda e la possibilità di stabilire con una clausola di agreement il periodo di tempo massimo di permanenza all'interno del presidio di prima destinazione.

➤ **Sviluppo della rete della chirurgia robotica**

Oltre all'integrazione già consolidata a livello di area vasta, che prevede l'utilizzo dei robot presenti in Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana anche da parte dei professionisti dell'Azienda territoriale, a settembre 2024 è entrato in funzione all'ospedale Versilia il robot Da Vinci Xi. In questa prima fase è stato impiegato in ambito urologico, in particolare per il tumore della prostata; sono in fase di programmazione anche interventi per altre specialità, quali chirurgia generale e ginecologia. Il robot verrà utilizzato dai chirurghi dei vari ospedali dell'Azienda, dopo la partecipazione ad un percorso formativo, ampliando quindi in modo significativo l'offerta per i pazienti di tutto il territorio: grazie a un modello organizzativo che lavora in rete, il paziente viene fin dall'inizio seguito nel proprio ambito di residenza e gestito nel percorso che lo porterà poi a poter essere operato in Versilia, dalla stessa équipe chirurgica che lo ha preso in carico. Il numero degli interventi previsti dalla piattaforma robotica è di circa 400-500 all'anno. La nuova piattaforma si aggiunge al robot chirurgico Mako, già presente da diversi anni all'ospedale di Lucca, che rappresenta centro di riferimento per chirurgia protesica ortopedica robotica su tutto il territorio, utilizzato prevalentemente per gli interventi di protesi all'anca e di ginocchio.

➤ **Prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding negli ospedali (sovraffollamento)**

La delibera regionale 532/2023 contiene gli Indirizzi operativi per prevenire e gestire i fenomeni di sovraffollamento (overcrowding) e boarding negli ospedali della Regione Toscana, che hanno ripercussioni sull'intero sistema ospedaliero e sull'emergenza territoriale. Individua pertanto misure finalizzate a prevenire ed affrontare le situazioni di sovraffollamento, di incremento critico dell'affluenza e della permanenza all'interno del Pronto Soccorso dei pazienti che stanno completando l'iter diagnostico, oppure l'incremento di pazienti che hanno completato l'iter in attesa di essere ricoverati in un reparto. Le azioni sono complessivamente finalizzate a rendere più snelle e veloci le fasi del "processo" e di "uscita" del paziente dal sistema di emergenza urgenza, al fine di garantire un efficace e tempestivo percorso di cura e di ricovero.

Le motivazioni che possono generare tempi d'attesa, o dilatati tempi di permanenza, sono sicuramente multifattoriali. Tra le diverse cause che determinano situazioni di sovraffollamento possiamo individuare fattori legati all'accesso, alla gestione interna, al deflusso e all'integrazione ospedale territorio. Le azioni previste, sono pertanto molteplici, a livello di struttura ospedaliera, di Pronto Soccorso e di integrazione con il territorio. Gli obiettivi sono la riduzione del sovraffollamento e il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri.

➤ **Progetto Proximity Care**

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

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

Proximity Care deve essere in grado di offrire risposte, intese come best practices, misurabili in termini di efficacia, efficienza, sostenibilità e replicabilità anche in altri territori, che riguardano l'innovazione metodologica e tecnologica, l'attenzione alla centralità del paziente e la multidisciplinarietà nell'approccio. L'ambito di intervento concerne il diritto alla salute, da intendersi nella sua più ampia accezione di benessere sociale, con riguardo all'assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria, così da rendere l'area lucchese un modello di riferimento nel panorama regionale e nazionale. Aspetto importante del progetto è il coinvolgimento delle realtà del Terzo settore. È chiaro, infatti, l'obiettivo di creare una rete in grado di coinvolgere tutti gli attori del territorio per migliorare le condizioni di vita di aree ormai cadute nel circolo vizioso dello spopolamento per carenza di servizi.

Il modello di intervento in area interna è in corso di estensione anche nel territorio dell'Isola d'Elba grazie all'infrastruttura Tuscany Health Ecosystem, Spoke 10 - Population Health, finanziato tramite PNRR (M4.C2 Investimento 1.5: CREAZIONE E RAFFORZAMENTO DI "ECOSISTEMI DELL'INNOVAZIONE PER LA SOSTENIBILITÀ"). Gli interventi messi in campo sono volti a rispondere agli specifici bisogni del territorio elbano, con lo stesso principio di prossimità al cittadino e di innovazione tecnica e organizzativa dei servizi sociosanitari territoriali.

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

➤ Governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche

L'azienda prevede di proseguire le azioni già messe in atto, finalizzate al miglioramento delle liste di attesa. Sulla specialistica ambulatoriale sono previste le seguenti azioni relative a:

- 1) il governo della domanda
- 2) il governo dei percorsi
- 3) il governo dell'offerta

Il governo della domanda:

Le azioni sono finalizzate al governo dell'appropriatezza prescrittiva sia dei MMG/PLS che degli specialisti, e coinvolgono sia il Dipartimento della Medicina Generale sia i Dipartimenti Specialistici. In particolare:

- favorire la conoscenza o proporre la costruzione di percorsi ad hoc attraverso la condivisione tra i prescrittori (MMG, specialisti ospedalieri e convenzionati), soprattutto per le prestazioni con maggiori criticità e livelli elevati di richieste, monitorate dal PRGLA (Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa).
- favorire la diffusione di iniziative finalizzate alla appropriatezza prescrittiva, attraverso incontri ed eventi formativi con i direttori di UO e la Medicina Generale
- definire le modalità prescrittive sulla base delle procedure o dei PDTA aziendali
- monitorare la domanda prescrittiva, in relazione al suo dimensionamento ed alla corretta attribuzione delle classi di priorità, anche attraverso la declinazione di criteri di appropriatezza per specialità
- promuovere, insieme con la medicina generale, attraverso l'utilizzo dei canali di partecipazione eventi rivolti ai cittadini finalizzati alla diffusione della cultura dell'appropriatezza
- effettuare incontri mirati con i MMG e con gli specialisti in cui analizzare e discutere delle criticità prescrittive quanto più mirate e specifiche possibili

Il governo dei percorsi:

Gli obiettivi sono:

• Identificare nuovi percorsi e/o ridefinisce quelli esistenti in un'ottica di equità di accesso, miglioramento dell'impiego delle risorse disponibili, di incremento della flessibilità, dell'organizzazione, di coerenza rispetto al bisogno accertato dell'utenza.

- Verificare la separazione dei percorsi di primo accesso, percorsi di cronicità, percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e follow-up.
- Elaborare procedure relative ai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e al Day Service.
- Coordinare l'implementazione del progetto "dove si prescrive si prenota"

Il governo dell'offerta:

Per il governo dell'offerta le tematiche affrontate sono le seguenti:

- la programmazione dell'offerta, attraverso l'incremento di offerta con l'art.115, con la sperimentazione del Progetto Clessidra e con l'integrazione del Privato Accreditato
- la strutturazione dell'Help Desk di secondo livello per la gestione delle prese in carico attraverso lo strumento delle preliste su Cup 2.0

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

➤ Governo dell'appropriatezza farmaceutica e dispositivi e sostenibilità

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

Obiettivi comuni e condivisione delle strategie tra il livello ospedaliero e territoriale, dalla medicina generale, agli specialisti, ai farmacisti, sono il presupposto per promuovere e diffondere la cultura dell'appropriatezza a tutti i livelli. Così come è fondamentale la relazione che si instaura tra il professionista sanitario e il paziente, in un'ottica di fiducia e collaborazione nelle scelte terapeutiche.

Il monitoraggio continuo, l'analisi dei comportamenti e le azioni correttive che ne derivano, impattano sul governo della spesa complessiva, intesa non come un semplice risparmio ma come risultato delle azioni messe atto e soprattutto come dovere etico su cui ognuno deve fare la propria parte.

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

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

La transizione al digitale rappresenta una condizione indispensabile per offrire servizi innovativi, semplificare il lavoro degli operatori e gestire con maggiore efficienza i processi aziendali. Dal 2020, l'Azienda USL Toscana Nord Ovest ha avviato questo percorso con un Piano per la Transizione al Digitale e l'istituzione di Cabine di Regia (CdR) specifiche per guidare e monitorare l'implementazione delle strategie digitali. Il piano aggiornato per il periodo 2024-2026 segna una prosecuzione del lavoro svolto in precedenza, concentrandosi sull'attuazione concreta delle azioni pianificate e sul monitoraggio dei risultati.

Nel contesto attuale, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), parte del programma europeo Next Generation EU (NGEU), rappresenta un elemento chiave. Tra i suoi obiettivi, spicca l'innovazione dei servizi sanitari attraverso la telemedicina, volta a rafforzare l'assistenza territoriale grazie alla digitalizzazione. Questa strategia mira a migliorare l'accesso equo alle cure sanitarie e sociosanitarie, uniformando gli standard di qualità e potenziando sia i servizi distrettuali sia quelli ospedalieri.

L'Azienda, attraverso una cabina di regia centrale per la Transizione al Digitale, coordina e integra le iniziative strategiche con i piani aziendali. Inoltre, sono state create sei cabine di regia tematiche, focalizzate su progetti specifici:

- Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera
- Cartella Socio-Sanitaria Territoriale
- Servizi al Cittadino
- Telemedicina
- Ordini e fatture elettronici

Quest'anno sarà implementata anche la sesta cabina di regia aziendale in tema di Intelligenza Artificiale. Queste CdR hanno il compito di sviluppare soluzioni digitali innovative, garantendo al contempo continuità e qualità nei servizi, sicurezza dei pazienti e protezione dei dati personali. L'obiettivo complessivo è promuovere una società digitale e rafforzare il ruolo della pubblica amministrazione come motore di sviluppo per il Paese.

➤ Sviluppo della telemedicina

La telemedicina combina tecnologia e organizzazione per migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario, diventando parte essenziale del progetto di salute delineato nel DM 77 sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale. A livello aziendale, è stato istituito un Gruppo di Lavoro (GdL) dedicato allo sviluppo della telemedicina nelle carceri, con l'obiettivo di implementare soluzioni di **teleradiologia, televisita, teleconsulto e telemonitoraggio** per i detenuti. Questa iniziativa, finanziata con fondi ministeriali, è stata avviata in due strutture: l'isola di Gorgona e la Casa di Reclusione di Porto Azzurro.

Nel contesto delle progettualità del PNRR, è in fase di sviluppo il modello organizzativo e tecnologico della **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, che rappresenta il punto di coordinamento per l'assistenza sanitaria territoriale. Parallelamente, si sta pianificando una **Centrale della Telemedicina**, progettata per offrire supporto continuativo, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, a pazienti e operatori. Questa centrale sarà fondamentale per gestire i problemi tecnici legati agli strumenti di telemedicina e garantire una presa in carico efficace.

Sempre in ambito PNRR, nel 2025 sarà implementata la piattaforma nazionale di telemedicina, a valle dell'assegnazione della gara secondo le indicazioni AGENAS, nel rispetto del cronoprogramma proposto da Regione Toscana.

Il successo di queste iniziative dipenderà dalla coerenza tra tecnologie e organizzazione, che devono essere progettate in modo integrato per rispondere alle esigenze dei pazienti e degli operatori, migliorando così l'efficacia del sistema sanitario.

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

L'obiettivo dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest è quello di rendere il cittadino un partner attivo dell'Amministrazione, promuovendo la sua centralità tramite pratiche di ascolto e valutazione della soddisfazione dei servizi. Una comunicazione efficace è considerata essenziale per garantire diritti di cittadinanza, favorire il cambiamento e migliorare l'organizzazione interna. A tal fine, è fondamentale integrare i diversi strumenti di comunicazione, interni ed esterni, per garantire coerenza tra messaggi e obiettivi.

Tra le iniziative più rilevanti si distingue l'**Assistente virtuale WhatsApp**, introdotto per migliorare l'accesso dei cittadini ai servizi. Questo strumento permette di ottenere informazioni in tempo reale su servizi online, modulistica e numeri utili, sia da smartphone che da PC. Per avviare la chat, basta salvare il numero **050 954666** nella rubrica e inviare un messaggio WhatsApp con la parola "Ciao". Si tratta della prima esperienza di questo tipo in Italia nell'ambito delle Aziende sanitarie locali, nata per offrire un primo livello di supporto senza sostituire il contatto umano.

Nel 2023 il progetto ha avuto ulteriori sviluppi:

- **Nuovi servizi integrati:** sono stati aggiunti servizi innovativi relativi alla ASL Toscana Nord Ovest.
- **Integrazione con il sito web:** le informazioni e i servizi online sono stati collegati al chatbot per una navigazione più intuitiva.
- **Miglioramento dell'esperienza utente:** la navigazione su WhatsApp è stata resa semplice sia da PC che da dispositivi mobili.

Un gruppo di lavoro è stato istituito per implementare ulteriori funzioni. Tra le novità introdotte:

- **Progetto "Una Voce per Amica":** offre supporto quotidiano agli utenti e ai caregiver, accessibile al numero **0583-669806** (lunedì-venerdì, 10:00-12:00), con un operatore dedicato.
- **Servizi per i dipendenti:** informazioni sull'assistenza alle postazioni di lavoro e servizi informatici.
- **Rubrica "Contatta un collega":** consente di chiamare direttamente i colleghi ricercati.

Nel 2024 il canale **WhatsASL** è stato potenziato con una nuova funzionalità: l'inserimento e la geolocalizzazione di tutte le sedi **Zerocode**. Questa opzione consente ai cittadini di selezionare la sede desiderata e accedere direttamente alle indicazioni su **Google Maps** per raggiungerla in modo semplice e immediato.

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

Ecco una sintesi degli obiettivi principali per i prossimi anni dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest:

Digitalizzazione dei sistemi sanitari

1. **Cartella clinica elettronica ospedaliera (C7):** completata l'implementazione nei presidi di Barga, Fivizzano, Pontremoli e Volterra nel 2024, raggiungendo così il 100% dei posti letto di ricovero servizi dalla cartella clinica elettronica a letto del paziente.
2. **C7 Ambulatoriale:** a dicembre 2024 sono stati integrati i Cup di II livello (SGP) di Massa, Lucca, Versilia e Livorno per la refertazione delle prestazioni ambulatoriali e l'invio al FSE dei relativi referti.

3. **C8:** è stato adottato a Dicembre 2024 il modulo C8 Cartella di Terapia Intensiva presso le rianimazioni degli Ospedali di Livorno e di Pontedera. Nel 2025 è previsto l'adozione dello stesso modulo nelle rianimazioni di Versilia, Massa, Lucca e Cecina/Piombino
4. **Cartella socio-sanitaria elettronica territoriale:** prosegue l'implementazione del sistema Aster Cloud, in linea con il cronoprogramma regionale.
5. **Assegnazione dell'applicativo ADT:** avvio del gestionale Unico di Accettazione Ospedaliera dei ricoveri (ADT) secondo il seguente GANTT:
 - a. nel mese di Marzo 2025, Pisa Livorno e Versilia;
 - b. Lucca, nell'Aprile del 2025;
 - c. nel mese di Maggio 2025 Lucca.
6. **Laboratorio analisi (LIS):** nel 2025 sarà avviato il gestionale di Laboratorio Unico integrato con C7, CUP e PS secondo il seguente GANTT:
 - a. a Gennaio 2025 nella zona di Livorno;
 - b. a Marzo 2025 nella zona di Pisa;
 - c. ad Aprile 2025 nella zona della Versilia;
 - d. A Maggio 2025 nella zona di Lucca e a Giugno 2025 nella zona di Massa.
7. **CUP 3.0:** è possibile prenotare online visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale erogabili su tutto il territorio. Sarà implementato tra l'Aprile e il Maggio del 2025
8. **Centri trasfusionali (SIT):** a seguire rispetto al progetto LIS, come da cronoprogramma regionale.

Progetti per migliorare l'accesso dei cittadini ai servizi

1. **Numero unico CUP:** il progetto è già pienamente operativo.
2. **Front office polifunzionale:** ampliati i servizi agli sportelli, con funzioni aggiuntive come gestione protesica, anagrafe e prevenzione. Progetto completato e operativo.
3. **Prenotazione online (Zerocoda e Zerocode):** l'obiettivo di informatizzare le prenotazioni per l'accesso agli sportelli di accettazione prelievi è stato raggiunto completamente in tutte le zone di ASL TNO.
4. **Progetto di Self-Accettazione:** tramite l'app Toscana Salute e il portale Servizi Online di Regione Toscana, i cittadini potranno:
 - Gestire gli appuntamenti in autonomia.
 - Effettuare l'accettazione e il pagamento online, migliorando l'organizzazione dell'accoglienza.

Il progetto è in fase di analisi con RT ed Estar e sarà implementato in ASL TNO entro il primo semestre 2026.

Dematerializzazione documentale

- **Front office:** dotazione di scanner digitali per ridurre l'uso di carta e garantire la conservazione digitale dei documenti.
- Il progetto pilota è stato completato nel 2024 ottenendo ottimi risultati. Sono in corso le valutazioni su come estendere tale attività nelle varie zone. Questa iniziativa mira a migliorare la qualità del servizio, semplificare l'accesso per i cittadini e ottimizzare i processi amministrativi attraverso l'uso di tecnologie avanzate.

6. Il consolidamento della rete ospedaliera e nuove opere

➤ Nuovo ospedale di Livorno

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

Alcuni numeri:

- area da destinare alla nuova opera: circa 32.000 mq
- superficie complessiva del nuovo ospedale : circa 65.000 mq
- posti letto: dagli attuali 432 p.l., si passa a circa 508 p.l. con potenziamento di quelli dedicati alle cure intermedie, sulla scorta dell'esperienza della pandemia.

Architettura della proposta progettuale: monoblocco che si sviluppa con un piano seminterrato dedicato a servizi tecnico/logistici, bunker di radioterapia e centrali tecnologiche; 4 piani fuori terra. L'unico collegamento con il vecchio ospedale è a livello dell'8° padiglione, ora materno infantile, dove verranno realizzati il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e posti per la riabilitazione cod. 56 (12 PL), oltre a trovare collocazione altre funzioni/servizi in corso di studio. Verranno abbattuti i padiglioni 9°, 11°, 14°, 15° e 16° oltre alle strutture ospedaliere di supporto come quella farmaceutica e di laboratorio a confine con l'area individuata per la realizzazione del monoblocco.

E' in corso di sviluppo la progettazione definitiva, che porterà ad una definizione accurata dei relativi costi di costruzione. Sono altresì in corso le procedure per verificare la fattibilità ed i tempi dell'intervento da parte di Inail, che ha inserito il nuovo ospedale di Livorno nei propri piani di investimento (decreto interministeriale del 5 novembre 2024).

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

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

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

1. Sperimentazione e sviluppo delle reti professionali supportate da infrastrutture per la telemedicina: già attiva per traumatologia, in sviluppo per altre specialità
2. Istituzione del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura con sede nello stabilimento di Piombino
3. Ristrutturazione del Pronto Soccorso
4. Incremento dell'attività chirurgica di elezione nell'Ospedale di Piombino in rete con l'Ospedale di Cecina
5. Miglioramento della rete delle Cure Palliative con la realizzazione di 9 posti letto di hospice, di cui 5 sono già stati attivati all'Ospedale di Cecina e 4 da attivare a Piombino

6. Miglioramento continuo dei servizi dell'area materno infantile dell'intera zona delle Valli Etrusche, con particolare attenzione al potenziamento del percorso nascita territoriale nella Val di Cornia.
7. Gestione delle cronicità sul territorio, con il miglioramento dei servizi specialistici ambulatoriali, per qualità e quantità.
8. Miglioramento dei servizi per la popolazione anziana: istituzione del *Centro di diagnosi e cura delle demenze*
9. Ridurre la mortalità cardiovascolare attraverso la prevenzione primaria e secondaria

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

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

➤ **Efficientamento energetico**

La transizione ecologica costituisce una direttrice imprescindibile dello sviluppo futuro anche per le Aziende Sanitarie che sono aziende energivore specialmente per quanto riguarda i presidi ospedalieri. Questa importante sfida può essere portata avanti agendo su diverse leve, da un lato, **sensibilizzando il personale** in termini di cultura dell'eco-sostenibilità, dall'altro mettendo in atto **strategie integrate per migliorare la produzione energetica e ridurre i consumi.**

Sul versante della produzione e dei consumi l'azienda proseguirà nel 2025 il percorso di miglioramento già intrapreso:

- a) anno 2027: portando a compimento quanto previsto nel contratto di efficientamento EPC II, che prevede ulteriori investimenti privati per circa 48 MI su 8 presidi aziendali ed i cui risultati saranno visibili a partire dal 2027 e continuando con i risparmi del contratto di efficientamento EPC I già completamente attivo;
- b) anno 2025: attivando le gare per la sostituzione degli infissi presso gli stabilimenti ospedalieri di Castelnuovo di Garfagnana, Barga e Volterra;
- c) anno 2025-2026: attivando alcuni ulteriori piccoli impianti fotovoltaici installati in nuove strutture aziendali (opera PNRR Cot Isola D'Elba- Portoferraio con potenza nominale pari a circa 8,4 kW—opera PNRR-Casa della salute di Torcigliano-Pescaglia con potenza nominale pari a circa 7,2 kW, opera PNRR-Casa della Salute di Via Fleming-Pontedera-con potenza nominale pari a circa 50 kW, opera PNRR Cot-Volterra con potenza nominale pari a circa 15 kW.

- d) anno 2025: attivando gara specifica per la manutenzione degli impianti fotovoltaici ancora sotto il controllo diretto dell'Azienda ed incentivati dal GSE in Conto Energia;
- e) anno 2025-2026: continuando nel percorso di revamping degli impianti fotovoltaici esistenti incentivati dal GSE in Conto Energia (sostituzione inverter, quadri elettrici di campo FV) compatibilmente con le risorse disponibili;
- f) anno 2025-2026: con interventi di efficienza energetica di piccole dimensioni sugli immobili oggetto di nuova costruzione e riqualificazione opere PNRR (come ad esempio sostituzione e/o installazione di infissi a taglio termico, pompe di calore, caldaie a condensazione, luci a led, riscaldamenti a pavimento, isolamento termico degli edifici, tutti interventi rivolti a contenere i consumi dei vettori energetici ed a ottenere un più basso impatto ambientale in termini di emissioni atmosferiche CO2.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fino al 2023 erano coinvolti 9 ospedali: Apuane, Lucca, Pontedera, Viareggio, Livorno, Cecina, Piombino, Portoferraio e Castelnuovo. Grazie alla diffusione della cartella clinica informatizzata, nel 2024 è stato possibile estendere questo fondamentale strumento anche a Fivizzano, Pontremoli, Volterra e Barga e pertanto include tutte le strutture. Le valutazioni dei pazienti sono nel complesso molto positive: alla domanda *“Come valuta complessivamente l’assistenza ricevuta in reparto?”*, nel 2024 più del 90% dei pazienti ha infatti dato un giudizio assai positivo, in particolare circa il 26,5% ha attribuito una valutazione buona e circa il 66,5% ottima.

Un’ulteriore prospettiva è quella di sperimentare gradualmente l’osservatorio anche sui servizi territoriali (osservatorio PaRIS/Prems territorio). A partire dal mese di dicembre 2023 l’iniziativa è stata avviata su 3 tipologie di visite: pneumologica, cardiologica e diabetologica.

Gli obiettivi per i prossimi anni sull’Osservatorio PREMS ospedale e territorio si possono quindi così rappresentare:

- miglioramento dell’adesione e partecipazione dei pazienti
- ulteriore progressivo miglioramento del **livello di soddisfazione** dei pazienti
- sviluppo della **rilevazione sul territorio** (PaRIS), secondo indirizzi regionali

PARTECIPAZIONE. La legge regionale 75/2017 propone un sistema di partecipazione ed istituisce a livello regionale il 'Consiglio dei cittadini per la salute' e, sul territorio, i 'Comitati aziendali di partecipazione' e i 'Comitati di partecipazione di zona-distretto', per consentire un maggiore e più attivo coinvolgimento dei cittadini rispetto alla pianificazione, programmazione e al buon funzionamento dei servizi sanitari. La legge regionale è frutto di un lavoro partecipato e condiviso tra cittadini, operatori e direzioni aziendali del servizio sanitario e permette la collaborazione dei cittadini alla pianificazione e programmazione, con modalità e strumenti diversificati ai vari livelli, assicurando un processo integrato. Fin dalla costituzione dei Comitati di partecipazione l’Azienda ha supportato l’intervento e le proposte dei cittadini tramite l’organizzazione di iniziative di informazione e sensibilizzazione sulle tematiche socio sanitarie. L’obiettivo strategico del coinvolgimento dei cittadini tramite specifiche azioni locali è rivolto oltre ai residenti e stakeholders legati allo specifico territorio, agli opinion leaders provenienti dalle associazioni facenti parte dei Comitati zonali di partecipazione, presenti nelle zone distretto. Il progressivo coinvolgimento di questi attori dovrà essere spalmato in almeno tre anni fino a raggiungere il 100% delle zone distretto, posto che le Società della salute assolvono già per statuto l’obbligo della organizzazione di agorà della salute. In questo coinvolgimento è compresa l’organizzazione di incontri nelle varie zone per la promozione delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) e l’aggiornamento partecipato della Carta dei Servizi. In ogni caso il punto di partenza è da considerarsi ancora quello costituito dalle attività messe in essere già dal 2018, anno di costituzione dei comitati ex lr. 75/2017, nonché le varie azioni di coinvolgimento operate su base regionale ed aziendale, oppure direttamente programmate nell’ambito del sistema locale partecipativo. Il traguardo che l’Azienda si propone è quello della programmazione partecipata di azioni al fine di aumentare l’empowerment dei cittadini, per poter attivare positive ricadute sull’organizzazione aziendale.

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

Per la promozione delle relazioni tra cittadini e utenti e la prevenzione dei reclami dovuti a deficit di comunicazione, l’Azienda è impegnata in un programma di formazione basato sul Kalamazoo

Consensus Statement, che ha coinvolto personale sanitario e sarà esteso al personale amministrativo. Parallelamente, attraverso il Comitato Unico di Tutela le checklist basate sul Kalamazoo Consensus Statement sono inserite nelle procedure operative aziendali (Es. procedura di comunicazione evento avverso, procedura comunicazione del rischio finalizzata al consenso informato).

B) Governare i requisiti e gli standard di qualità

AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO. In continuità con le attività svolte negli anni precedenti si prevede un ulteriore sviluppo del sistema qualità aziendale, caratterizzato da un approccio proattivo finalizzato alla governance della qualità e sicurezza delle cure in un'ottica di rete, in grado altresì di supportare la riorganizzazione aziendale dei servizi sanitari e socio-sanitari in atto nel prossimo triennio così come previsto dal PNRR (*mission 5 e 6*) e dal DM77/22, attraverso un *approccio multiprofessionale e multidisciplinare integrato* fra tutti gli attori del sistema sanitario, sociale, socio-sanitario pubblici e privati.

A tal fine proseguirà il censimento e il monitoraggio continuo delle strutture sanitarie aziendali e del privato accreditato afferenti alle principali *reti cliniche-assistenziali integrate*. L'obiettivo è quello di valutare se le strutture "aziendali" e "private accreditate" afferenti alle reti sono rispondenti agli standard di qualità e sicurezza previsti dalla normativa di riferimento, *considerando così in modo integrato tutti i setting attraversati dal paziente nel percorso di cura*.

Per ciascuna struttura aziendale ricompresa verrà verificato lo "status autorizzativo" intraprendendo, ove necessario, i percorsi volti a sanare le eventuali criticità riscontrate in modo da assicurare la loro conformità alle normative vigenti (aperture, chiusure, trasferimenti, trasformazioni, adeguamento ai nuovi requisiti previsti dai regolamenti di attuazione della LR51/2009 e s.m.i., ecc..).

Per ciascuna struttura sanitaria privata accreditata ricompresa verrà verificata la congruità tra le attività autorizzate, accreditate e oggetto di contratto identificando di concerto con la direzione aziendale le eventuali azioni da intraprendere.

Coerentemente al principio di Governance integrata delle reti cliniche, dopo aver messo a regime il nuovo percorso aziendale per la verifica di compatibilità e funzionalità delle strutture sanitarie private ai fini della programmazione delle attività sanitarie nell'ambito dell'Area Vasta Nord Ovest, il Sistema Qualità è stato coinvolto anche nelle Commissioni di valutazione delle strutture private accreditate ai fini della stipula degli accordi contrattuali. In tal modo l'Azienda garantirà un uniforme e omogeneo governo dei requisiti e degli standard di qualità in tutte le fasi del sistema previsto dalla vigente normativa.

Sarà ulteriormente sviluppato il sistema di autovalutazione in un'ottica di rete attraverso la costruzione di questionari in grado di monitorare l'applicazione degli standard di qualità e sicurezza nei setting aziendali afferenti a ciascuna rete.

Per ciascuna struttura sanitaria privata accreditata ricompresa saranno, a partire dal 2024, monitorati gli standard di sicurezza, appropriatezza e qualità in conformità a quanto previsto dal DM 19 dicembre 2022 e dalla normativa regionale di recepimento.

A garanzia della tempestività della presa in carico e della appropriatezza clinica organizzativa delle cure in tutti i setting assistenziali sarà perfezionata l'elaborazione e la condivisione di procedure e percorsi aziendali di riferimento con i relativi strumenti di autovalutazione multidisciplinari e integrati (ospedale – territorio) in modo da poter garantire una verifica sistematica degli standard di qualità e sicurezza predefiniti e raccomandati (linee guida basate sull'evidenza, requisiti di accreditamento, PSP, RM, ecc..).

Nel 2025-2027 proseguirà inoltre l'attività, in applicazione delle normative vigenti in tema di sviluppo dell'Assistenza Territoriale (DM 77/2022), di valutazione e monitoraggio dei progetti PNRR su COT, Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Cure Domiciliari, anche ai fini degli adempimenti necessari in tema di autorizzazione e accreditamento.

A supporto del processo di autoverifica, dopo aver progettato e predisposto i *"cruscotti di controllo"*, attraverso un sistema di misurazione dei parametri individuati come critici e una rappresentazione dei processi per interpretare i dati acquisiti dai questionari di autovalutazione, sarà necessario sviluppare strumenti di elaborazione e diffusione più efficienti ed efficaci, in grado di fornire informazioni adeguate, tempestive e valide a tutti i responsabili delle strutture organizzative coinvolte. Inoltre, ove possibile, si prevede di elaborare anche un cruscotto di indicatori quali-quantitativi (in linea con le indicazioni del sistema di accreditamento) estratti ed elaborati direttamente dalla documentazione clinica informatizzata. Con il tempo e il loro continuo e corretto utilizzo sarà possibile migliorarne l'affidabilità e avere un confronto con le prestazioni della stessa tipologia erogate in strutture diverse, restituendo una immagine multidimensionale delle attività sanitarie erogate.

Nel riesame dei processi questi cruscotti offriranno a tutti i Responsabili coinvolti l'opportunità, attraverso momenti di confronto con le diverse realtà, di condividere in un'ottica di rete il percorso da intraprendere per migliorare la qualità e sicurezza delle cure.

Nel 2025-2027 si prevede infine la completa informatizzazione del sistema di gestione documentale, in modo da poter gestire tutto il ciclo di vita del documento in maniera informatizzata (redazione bozza, valutazione, condivisione, approvazione, emissione, distribuzione, revisione, ecc...) con firme digitali e generazione in automatico dell'elenco dei documenti validi e controllati consultabile nella pagina web

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

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

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

In continuità con le attività svolte negli anni precedenti, tenendo conto di quanto appreso per la sicurezza dei pazienti durante e dopo la pandemia da Covid-19, le priorità riguardano: la prevenzione dei rischi nella gestione dei pazienti fragili in ospedale e sul territorio in ambito sanitario e socio-sanitario, il mantenimento e lo sviluppo della rete aziendale per la sicurezza delle cure, la progressiva integrazione delle buone pratiche nei percorsi assistenziali e nei software sanitari gestionali, la promozione della comunicazione dei rischi e dell'adesione consapevole alle

cure. I pazienti fragili sono i più esposti al rischio di eventi avversi, in particolare alle 3 tipologie di incidente a maggiore frequenza: cadute, errori di terapia ed infezioni correlate all'assistenza.

Per la prevenzione delle cadute sono in corso azioni di sistema importanti, progettate e condotte a partire dall'analisi della casistica e dai giri per la sicurezza svolti nelle strutture aziendali. Tali azioni riguardano sia l'integrazione degli strumenti di valutazione, prevenzione e misurazione del rischio nei software sanitari, a partire dalla cartella clinica elettronica, che la valutazione ed aggiornamento delle dotazioni di letti, barelle ed altri dispositivi per la degenza e la movimentazione dei pazienti che possono ridurre il rischio. Inoltre, le procedure e la formazione sulla prevenzione delle cadute, l'identificazione e gestione del delirium, la prevenzione e gestione della contenzione sono in continuo aggiornamento e consolidamento, mediante il confronto con il personale di tutte le strutture interessate.

Relativamente alla prevenzione degli errori di terapia, la procedura aziendale che recepisce le raccomandazioni ministeriali e le buone pratiche della Regione Toscana, è uno strumento vivo ed aggiornato all'evoluzione delle opportunità e dei rischi offerte dai farmaci, di cui le verifiche sistematiche all'interno delle unità operative si combinano con quelle condotte dal dipartimento del farmaco, dal dipartimento delle professioni infermieristiche ed ostetriche e dalla struttura per la sicurezza dei pazienti.

In tema di infezioni correlate all'assistenza, le azioni classiche per la promozione ed il monitoraggio dell'igiene delle mani, per l'appropriatezza delle terapie antibiotiche e per il rafforzamento della sorveglianza microbiologica sono accompagnate da progetti innovativi come l'impiego dello scanner per autovalutare la qualità del lavaggio delle mani e l'assenza di monili, l'integrazione di strumenti ergonomici di supporto alla decisione per la prescrizione dell'antibiotico giusto al momento giusto, l'estensione dell'impiego dei POCT e l'integrazione con i laboratori per la diagnosi microbiologica. La formazione finanziata dal PNRR per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza è in corso e sta progressivamente raggiungendo la maggior parte del personale sanitario, secondo obiettivi e scadenze previste dalla Regione Toscana.

Da consolidare e rafforzare la cooperazione con le altre strutture aziendali competenti per:

- la partecipazione e l'empowerment dei pazienti e dei familiari nelle iniziative per la sicurezza delle cure ed il miglioramento della comunicazione clinica
- la sicurezza del percorso trasfusionale, mediante l'estensione del sistema integrato tra reparti e centro trasfusionale per la prescrizione, preparazione e somministrazione degli emocomponenti
- la prevenzione e gestione del contenzioso, favorendo ulteriormente il ritorno d'esperienza dall'analisi dei sinistri nei comitati di ambito territoriale e sviluppando le azioni di sistema con il Comitato Unico Aziendale delle tutele
- l'integrazione degli elementi di sicurezza nella progettazione e conduzione dei PDTA
- la formazione mediante simulazione per la gestione delle risorse nelle situazioni critiche, a partire dalle aree a maggior rischio (area critica, chirurgica, salute mentale e materno-infantile)
- la prevenzione della violenza nei luoghi di lavoro ed il supporto ai lavoratori a seguito di eventi traumatici
- l'innovazione dei processi e dei percorsi assistenziali che impattano sulla sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, promuovendo partnership per progetti di ricerca e sviluppo e valorizzando le competenze dello staff e della rete aziendale per la sicurezza delle cure

Il coinvolgimento attivo dei pazienti, dei familiari e dei caregiver nella prevenzione dei rischi in ospedale e sul territorio è divenuto prioritario. La centralità delle persone assistite come parte attiva nella cura della propria sicurezza ha solide basi scientifiche, è oggi avvalorato dalla Carta dei diritti dei pazienti alla sicurezza delle cure pubblicata dall'OMS e tradotta da AGENAS nel corso del 2024. La UOC Sicurezza del paziente, in stretta collaborazione con il Comitato di Partecipazione

Aziendale, con le strutture di staff e con i dipartimenti clinici sta seguendo le linee di lavoro per preservare e consolidare i diritti alla sicurezza delle cure su tutto il territorio di competenza di USL Toscana Nordovest. Il dettaglio di obiettivi ed azioni in corso e programmate è riportato sul Piano aziendale Qualità e Sicurezza 2024-2026, approvato con delibera aziendale n. 656 del 7 luglio 2024, a cui si rimanda per approfondimenti.

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

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

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

8. Lo sviluppo del capitale umano, dell'organizzazione e innovazione

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

➤ Nuove competenze, formazione

Gli enti del SST sono sempre più chiamati a definire in modo partecipativo, in chiave prospettica, le competenze di cui hanno assoluta necessità, per poi governarle in una logica globale e di flessibilità. Il personale che opera nel SST riveste un ruolo centrale nella strutturazione ed erogazione di servizi e prestazioni efficaci.

Il Ministro per la Pubblica amministrazione aveva emanato il 24.3.2023 la Direttiva dal titolo "Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", chiarendo come la formazione e lo sviluppo delle conoscenze, delle competenze e delle capacità del personale della pubblica amministrazione costituiscano uno strumento fondamentale nella gestione delle risorse umane e si collochino al centro del processo di rinnovamento della pubblica amministrazione.

Nella Direttiva del 14.1.2025 dal titolo "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti" il Ministro per la Pubblica amministrazione ha ulteriormente rafforzato queste indicazioni chiarendo, tra le altre cose, che "la promozione della formazione costituisce uno specifico obiettivo di performance di ciascun dirigente che deve assicurare la partecipazione attiva dei dipendenti alle iniziative formative, in modo da garantire il conseguimento dell'obiettivo del numero di ore di formazione pro-capite annue, a partire dal 2025, non inferiore a 40, pari ad una settimana di formazione per anno".

Nello stesso documento si richiama la necessità di intendere come "necessaria" la formazione del personale promossa dal PNRR, in quanto "il conseguimento del target del PNRR in termini di personale pubblico formato costituisce una responsabilità collettiva di tutte le amministrazioni"

- Le Azioni di sistema del PNRR prevedono per ATNO nel presente triennio, per effetto della programmazione di livello regionale:
- corso di formazione sulle infezioni ospedaliere, che dovrebbe coinvolgere globalmente quasi 5.000 operatori sanitari operanti negli Ospedali di ATNO
- corsi di formazione sul Fascicolo Sanitario Elettronico e sulla implementazione delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario
- corsi di formazione in salute, ambiente e clima
- corsi di formazione manageriale
- attuazione degli obiettivi di adesione al progetto Syllabus per la formazione sulla digitalizzazione del personale della PA

Allo scopo di sostenere la formazione continua del personale e far sì che questa accompagni le politiche e le strategie aziendali, l'Azienda definisce annualmente la rilevazione dei bisogni, la programmazione, organizzazione e gestione delle attività formative nel Piano Annuale di Formazione, in conformità alle disposizioni regionali ed in particolare alla DGRT n° 1306 del 21/11/2022. "Determinazioni in materia di Educazione Continua in Medicina (ECM) della Regione Toscana", che definisce in modo organico il quadro della programmazione regionale in materia di formazione continua. Il Piano Aziendale di Formazione è il risultato di un percorso condiviso a tutti i livelli ed orientato agli obiettivi aziendali.

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

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

Il Piano Annuale di Formazione del 2025 è stato approvato dal Comitato Scientifico Formativo di ATNO in data 10/1/2025 e verrà deliberato entro la prima parte del mese di Febbraio. E' articolato su 592 Eventi articolati in 2.500 Edizioni, che sviluppano globalmente oltre 450.000 ore/discente. I destinatari del Piano sono in modo specifico tutti i Dipendenti con obbligo ECM (10.000 circa), tutti i Dipendenti senza obbligo ECM (3.780 circa) e tutti i Convenzionati con obbligo ECM (1.290 circa). Gli obiettivi aziendali sono:

- garantire il conseguimento dell'obiettivo del numero di ore di formazione pro-capite annue pari a 40 ore, intendendo tale target come raggiungibile attraverso tutti gli istituti previsti (formazione facoltativa esterna, formazione individuale obbligatoria esterna e formazione obbligatoria collettiva organizzata internamente)
- realizzare almeno il 80% degli eventi programmati nel PAF

➤ **Modelli innovativi di organizzazione del lavoro**

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

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

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

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

questionario per la rilevazione dei bisogni e delle esperienze maturate dal personale durante lo smart working di emergenza e poi è stato adottato un regolamento Lavoro agile che, introducendo lo smart working ed il telelavoro come modalità alternative di svolgimento della prestazione lavorativa, sviluppa un nuovo concetto di lavoro per obiettivi.

L'applicazione del lavoro agile invita l'azienda e le sue diramazioni aziendali a ripensare il modello organizzativo, mappare le attività anche in funzione di rendere più autonomi nell'ottica della crescita professionale i propri collaboratori. In applicazione del CCNL 2019/2021 - entrato in vigore dal 2 novembre 2022 - del personale del comparto che ha regolamentato il lavoro agile, l'azienda previo confronto con i Sindacati ha proceduto all'adozione del regolamento attuativo. Oggi per il secondo anno consecutivo sono stati presentati ai dipendenti i progetti delle attività smartizzabili e sono stati attivati poco meno di 300 contratti di smart working della durata di 1 anno, confermando i numeri dell'anno 2023. La previsione di bandi a carattere annuale, oltre a consentire una corretta e trasparente rotazione tra i dipendenti di accesso a questa modalità di lavoro, consentirà anche lo sviluppo della cultura organizzativa, rafforzando i percorsi di change management e di delega per i responsabili e allo stesso tempo aumentando le competenze dei lavoratori coinvolti.

Il nuovo CCNL 2019/2021 ha ridisegnato il sistema di incarichi e gli strumenti di valorizzazione del personale del Comparto in maniera significativa e profonda. Questa opportunità deve essere colta per dare risposte concrete in termini di valorizzazione del personale e di miglioramento delle competenze e delle professionalità di tutti i dipendenti del Comparto.

L'Azienda mira a creare un sistema di valorizzazione del personale in cui le singolarità e le differenze rinforzano l'appartenenza e la cultura collettiva. L'investimento vincente sulle risorse umane è quello che valorizza consapevolmente le persone con la loro storia, le loro attese e i loro valori, e ne favorisce la responsabilizzazione, l'empowerment, la voglia di mettersi in relazione.

Diversamente dal precedente contesto, il nuovo CCNL rende lo strumento della valorizzazione del personale poliedrico e flessibile, offrendo varie possibilità di sviluppo sia organizzativo che professionale e di riconoscimento delle funzioni indipendentemente dal classico binomio comparto/ posizione organizzativa. Sono quindi delineate delle diretrici di sviluppo che consentiranno di accedere a percorsi di carriera aumentando le possibilità di crescita e valorizzazione del personale.

diretrice 1) Progressioni orizzontali DEP: a dicembre 2024 viene approvata la graduatoria selettiva che ha riconosciuto i differenziali economici investendo quasi 2 milioni e 400 mila euro. La graduatoria si base principalmente sulle valutazioni individuali dell'ultimo triennio e sulla anzianità del profilo.

diretrice 2) il CCNL prevede progressioni verticali tramite selezioni interne (art. 21 CCNL)

In USL Toscana Nord Ovest sono in corso di espletamento le progressioni verticali che riguarderanno nelle diverse aree di inquadramento circa 164 dipendenti entro giugno 2025 e ulteriori 63 entro la fine del 2025. Da questo punto di vista, una delle novità più rilevanti, è la previsione della nuova figura di inquadramento dell'oss SENIOR, che verrà inserito in un primo step nelle medicine, al fine di implementare e sviluppare le funzioni dell'oss a supporto dell'assistenza infermieristica.

diretrice 3) la possibilità di attivare incarichi di funzione professionale per tutte le Aree (ad eccezione dell'Area di elevata qualificazione livello E che è titolare di posizione), attraverso una microstruttura professionale. Accanto quindi ad una micro struttura di tipo essenzialmente gestionale viene attivata una micro articolazione di esperti professionali nei vari livelli di inquadramento sia nei setting assistenziali, sia nel modo delle diagnostiche, nella riabilitazione, nella prevenzione ma anche all'interno delle strutture di supporto operativo tecnico e amministrativo.

L'insieme delle iniziative volte alla valorizzazione del personale consente anche di garantire una crescita graduale e costante del personale e una progressiva responsabilizzazione per tutti i livelli degli operatori, oltre a prospettare sviluppi di carriera concreti e realizzabili. Inoltre la creazione di incarichi professionali garantisce di avviare percorsi di carriera anche di natura professionale non solo gestionale, valorizzando una formazione professionale di alto livello e di competenze acquisite on the job che sono tipiche del settore sanitario.

➤ **Pari opportunità e equilibrio di genere**

Tra le funzioni del Comitato Unico di Garanzia (CUG) e gli obiettivi dettati dalla Direttiva n.2 del 2019 alle PP.AA nel contesto delle politiche di genere e pari opportunità rientrano le azioni di prevenzione e rimozione delle discriminazioni, l'obbligatorietà dei Piani triennali di azioni positive, l'avvio di politiche di reclutamento e gestione del personale e l'organizzazione del lavoro atte a garantire il benessere organizzativo e l'assenza di qualsiasi discriminazione oltre alla forme di conciliazione vita – lavoro, la formazione finalizzata a diffondere un modello culturale improntato alla promozione delle pari opportunità e moduli obbligatori sul contrasto alla violenza di genere in tutti i corsi organizzati compreso quelli per la dirigenza. Il rafforzamento dei CUG avviene attraverso nuovi indirizzi afferenti i criteri di composizione, le procedura di nomina, i compiti e la collaborazione con altri organismi, in particolare con l'OIV, in continuità con i precedenti Piani triennali e relativi monitoraggi. Il piano delle azioni per il triennio 2024/ 2026 è incentrato sul contrasto alla violenza, sull'analisi dei dati del bilancio di genere e dei dati della consigliera di fiducia, sulla collaborazione il Dipartimento delle risorse umane, confronto con l'OIV.

Il piano potrà essere oggetto di integrazione a seguito della UNI/PdR 125:2022, introdotta dal PNRR, che definisce le linee guida sul sistema di gestione mirate a raggiungere la certificazione di parità di genere. Il "Sistema di certificazione della parità di genere" è un intervento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) a titolarità del Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei ministri. Il sistema apre una nuova finestra, volto ad accompagnare ed incentivare anche le Aziende pubbliche ad adottare policy adeguate a ridurre il divario di genere in tutte le aree maggiormente critiche per la crescita professionale delle donne. L'introduzione di un Sistema di certificazione della parità di genere rientra nella Missione 5 "Inclusione e Coesione", Componente 1 "Politiche attive del lavoro e sostegno all'occupazione" del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e mira a promuovere una maggiore inclusione delle donne nel mercato del lavoro: strumento essenziale per migliorare la coesione sociale e territoriale, nonché di fondamentale importanza per la crescita economica del nostro Paese. Introdotto dal PNRR e disciplinato dalla legge n. 162 del 2021 (legge Gribaudo) e dalla legge n. 234 del 2021 (legge Bilancio 2022), il Sistema di certificazione della parità di genere ha inoltre l'obiettivo di assicurare una maggiore qualità del lavoro femminile, promuovendo la trasparenza sui processi lavorativi nelle imprese, riducendo il "gender pay gap" ("divario retributivo di genere" che indica la differenza tra il salario annuale medio percepito dalle donne e quello percepito dagli uomini), aumentando le opportunità di crescita in azienda e tutelando la maternità. La Certificazione della Parità di Genere ha una durata di 3 anni con verifica annuale. La UNI/PdR 125:2022 prevede un sistema di gestione per la Parità di Genere con la stessa struttura dei sistemi di gestione classici e quindi facilmente integrabile con i sistemi di gestione già presenti nell'Organizzazione.

Nello specifico anche nel successivo triennio proseguirà l'integrazione tra il CUG, il Responsabile dell'Anticorruzione e Trasparenza e la Consigliera di Fiducia, Benessere organizzativo e Gruppo stress correlato al lavoro nel contesto della valutazione di rischio aziendale.

Riguardo alla figura della Consigliera di Fiducia è stata riscontrata l'importanza della sua nomina per l'Azienda, proficua si è rilevata la sua attività oltre che determinante per l'orientamento programmatico e dello stesso Comitato come espresso nel nuovo piano triennale e nell'elaborazione del "Piano di Uguaglianza (GEP).

Costituisce un altro obiettivo aziendale il proseguimento delle azioni previste nelle aree di intervento del “Piano di Uguaglianza” (GEP). Si ricorda a tal proposito che il Piano di Uguaglianza di Genere, recepito con deliberazione aziendale n. 42 /2023 è infatti un documento programmatico finalizzato alla realizzazione di azioni e progetti che favoriscono la riduzione delle asimmetrie di genere e permettono al contempo la valorizzazione di tutte le diversità legate ad esempio alle variabili dell’età, della cultura, dell’abilità fisica, dell’orientamento sessuale e del plurilinguismo. Pertanto anche per il prossimo triennio l’azienda si impegna a continuare nel percorso di attuazione delle azioni previste nelle varie aree del GEP e di seguito indicate:

- Equilibrio vita privata/vita professionale e cultura dell’organizzazione;
- Equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali;
- Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;
- Integrazione della dimensione di genere nelle attività assistenziali, ricerca e formazione;
- Contrasto della violenza di genere, comprese le molestie sessuali.

Si evidenzia, poi, che in linea con il GEP e di concerto con il Dipartimento delle risorse umane, nel corso del 2024 è stata approvata una procedura per le carriere alias.

Oltre a quanto sopra, preso atto dell’ultima direttiva 970 del 2023 volta a rafforzare l’applicazione del principio della parità retributiva tra generi per uno stesso lavoro o per un lavoro di pari valore attraverso la trasparenza retributiva e i relativi meccanismi di applicazione, si evidenzia che è stato costituito un gruppo di lavoro a livello regionale, finalizzato all’ottenimento dei dati per il bilancio di genere.

Proseguirà sempre nel triennio la campagna di sensibilizzazione e formazione sulle pari opportunità e sul contrasto alle discriminazioni, al fine di diffondere una cultura organizzativa orientata a valorizzare la differenza di genere, a promuovere e diffondere le informazioni sulle tematiche riguardanti i temi delle pari opportunità e ciò anche attraverso la collaborazione con la UOC Formazione e l’inserimento delle proposte nel PAF aziendale.

Attraverso l’analisi del report delle attività svolta dalla Consigliera si continuerà ad individuare azioni di ascolto e miglioramento anche nei settori sanitari connotati da un clima interno conflittuale. In sintesi costituiranno, quindi, obiettivi trasversali anche per il prossimo triennio:

-la formazione per la diffusione della cultura di genere tramite l’organizzazione di moduli formativi - destinati al personale in posizione di leadership e a tutto il resto del personale - orientati alla sensibilizzazione sulle tematiche legate alla violenza di genere, al fine di creare consapevolezza su che cosa siano violenza, sessismo e molestie sessuali ed a sviluppare empowerment ed inclusività nei processi decisionali,

-mantenimento compatibilmente con le esigenze organizzative dell’Azienda, delle misure relative a forme di flessibilità dell’orario e delle modalità di lavoro, con particolare riferimento all’articolazione dell’orario di servizio, forme di rapporto di lavoro parziale, Lavoro Agile (smart working) e Telelavoro focalizzandosi in modo particolare sulle esigenze di conciliazione e equilibrio vita lavoro,

-la collaborazione ed integrazione del CUG con OIV per la valutazione della performance organizzativa complessiva aziendale e individuale del dipendente anche con riferimento al lavoro agile,

-l’intensificazione dell’impegno da parte della consigliera sul fronte della tutela delle persone offese da atti di violenza di genere, di omo- e trans-fobia, e di comportamenti discriminatori, sia attraverso attività di carattere formativo, informativo e divulgativo, sia mediante un servizio di ascolto, assistenza, informazione e sostegno rivolto a tutto il personale istituendo, un apposito sportello che abbia competenze specifiche in questo ambito,

-l’integrazione tra le attività e funzioni del CUG e quelle relative agli ambiti di competenza in materia di trasparenza e anticorruzione, attraverso una implementazione del codice di condotta attuale e la partecipazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e/o Responsabile della trasparenza o di un componente dell’ufficio di supporto alle riunioni del CUG, per favorire

costantemente la trasparenza nei percorsi di garanzia e la collaborazione con il Benessere organizzativo e con il dipartimento delle risorse umane, per l'analisi e pubblicazione dei dati e per adempiere alla relazione annuale destinata al dipartimento della funzione pubblica secondo i formati recepiti dalla normativa europea.

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

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

La salute organizzativa è la “capacità dell'organizzazione non solo di essere efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico, alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora”; inoltre, come confermano le ricerche, la qualità della vita al lavoro permette il miglioramento della qualità del servizio che viene erogato all'utente, infatti, quando si determinano condizioni di scarso benessere organizzativo, si identificano fenomeni quali la diminuzione della produttività, assenteismo, ridotta disponibilità al lavoro, maggiori reclami da parte dell'utenza. Una non efficace gestione della qualità della vita lavorativa rende onerosa la convivenza organizzativa e lo sviluppo, in termini di performance, dell'Azienda. Le attività erogate sono quindi volte al miglioramento della salute organizzativa con il conseguente miglioramento della qualità dei processi e dei servizi erogati. La UO Psicologia Aziendale e Salute Organizzativa ha elaborato un documento di programmazione attraverso cui individua le attività erogate per facilitare i vari attori aziendali nell'accesso ai servizi offerti. I destinatari delle attività sono la Direzione Aziendale e dei Direttori di Dipartimento e di Are Dip.le, i gruppi di lavoro e i singoli dipendenti. In tale ottica, si sono nel tempo sviluppati e declinati interventi che possono essere suddivisi in tre livelli:

- Primario: prevenzione di eventuali processi patologici fisici e psichici dello stress, modificando quei fattori ritenuti causa di detti processi (*corsi di informazione e formazione su temi di specifico interesse per i lavoratori quali, le strategie per far fronte allo stress, la leadership, la comunicazione efficace e il contributo nelle valutazioni del rischio stress lavoro correlato*).
- Secondario: gestione dei suddetti fattori al fine di ridurre gli effetti dello stress e arginare possibili estensioni dei problemi (*promozione di procedure di benessere organizzativo dedicati alle UO che ne fanno richiesta, per la mitigazione di potenziali fattori di malessere*).
- Terziario: programmi di specifica assistenza al lavoratore e a gruppi di operatori, aventi l'obiettivo di impedire un progressivo deterioramento delle condizioni psico-fisiche (*consulenze psicologiche individuali o in piccolo gruppo, uno spazio di ascolto e sostegno psicologico breve per i lavoratori o piccoli gruppi che lo richiedono; momenti di debriefing e defusing per la gestione di eventi traumatici vissuti dai lavoratori con lo scopo di comprendere e gestire emozioni intense, identificare strategie di fronteggiamento efficaci e ricevere sostegno specializzato*).

La struttura, composta da psicologi psicoterapeuti formati nell'ambito della psicologia del lavoro e delle organizzazioni, si pone l'obiettivo, di contribuire a monitorare, con modalità capillari, i possibili indicatori di criticità per promuovere iniziative utili alla salute del lavoratore e intervenire laddove emergano situazioni elevate di stress legate alla condizione lavorativa. La struttura collabora attivamente con la Direzione Aziendale e con i vari Dipartimenti per l'individuazione di questi indicatori attivando un analitico sistema di monitoraggio degli eventi sentinella utile a individuare segnali prodromici di stress nelle Strutture Aziendali.

I principali indicatori per monitorare il livello di raggiungimento degli obiettivi presenti nella sezione del valore pubblico sono schematizzati nella griglia in allegato (Allegato 2_Sistema di monitoraggio del Piano).

Performance

● La pianificazione triennale

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

1. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG):

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

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

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

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

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

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

● La programmazione annuale

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

La Regione Toscana annualmente seleziona, sintetizza e integra gli obiettivi provenienti da questi sistemi, facendoli convergere in modo organico in una apposita **delibera regionale**, che declina gli obiettivi specifici da assegnare alle Aziende Sanitarie nell'anno di riferimento. Per l'anno 2025 gli indirizzi non sono ancora stati deliberati. Gli obiettivi sono strutturati in aree di intervento, con indicatori specifici e target di riferimento, che l'azienda recepisce nell'ambito della propria programmazione annuale.

Per quanto riguarda il **contesto economico**, ossia le risorse disponibili, al momento della stesura del presente documento è pervenuta la DGR n. 2 del 08/01/2025 "Assegnazione iniziale di Fondo Sanitario Regionale indistinto per l'esercizio 2025 alle Aziende ed agli Enti del Servizio Sanitario Regionale", che assegna 2.426.967.777,76 euro all'Az. USL Toscana nord ovest. Non sono ancora disponibili le linee di indirizzo per il bilancio di previsione 2025-2027, che, generalmente, danno indicazioni su ulteriori risorse. Sebbene in assenza delle linee di indirizzo anzidette, la particolare congiuntura economica nazionale e internazionale impone particolare attenzione al proseguimento delle azioni di razionalizzazione dei costi e miglioramento dell'efficienza organizzativa. La Regione Toscana ha individuato varie direttive di efficientamento, impegnando tutti gli attori del SSR a per seguirle.

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

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

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

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

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

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

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

Il sistema di budget prevede l'articolazione delle schede da assegnare ai Centri di responsabilità secondo **4 macroaree strategiche**, le cui pesature sono definite prima della negoziazione del

budget, in linea con le indicazioni dell'atto formale di assegnazione degli obiettivi da parte della Regione:

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

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

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

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

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

E' importante sottolineare come budget, programmazione e bilancio di previsione siano in diretta relazione, costituendo ognuno un diverso livello di aggregazione oppure un diverso ambito di osservazione, ma basati tutti sulle medesime linee strategiche aziendali. Le misure annuali di tali obiettivi sono formalizzate dall'azienda nell'ambito del **processo di budget** e vengono rendicontate annualmente nella **Relazione sulla Performance**, consultabile sul sito aziendale.

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

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

Nell'Azienda USL Toscana nord ovest, dal 2017 per la dirigenza e dal 2018 per il personale del comparto è stato **adottato un unico sistema di valutazione della performance organizzative ed individuale** attraverso la sottoscrizione di specifici accordi che delineano il processo di valutazione e i criteri di valutazione collettiva ed individuale. L'Azienda utilizza un applicativo ad hoc denominato GO! (gestione obiettivi dipendenti), che permette di gestire il sistema di valutazione mettendo a disposizione uno strumento di interfaccia tra valutato e valutatore. Per tutto il personale del

comparto e dirigente è prevista l'assegnazione di **obiettivi individuali**, attraverso un'apposita scheda compilata dal valutatore (responsabile gestionale) entro il primo quadri mestre.

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

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

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

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

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

Sia nel sistema di valutazione del comparto che nel sistema di valutazione della dirigenza è prevista una procedura a garanzia dei valutati. Nel caso della dirigenza la conciliazione di garanzia è prevista solo in caso di valutazione negativa (punteggio inferiore a 30/100). Nel caso del comparto la procedura di conciliazione prevede che il valutato possa richiedere (assistito anche da un rappresentante sindacale) il contraddittorio con il valutatore davanti al responsabile gerarchico superiore. La valutazione può essere confermata o modificata e diventa definitiva. Nel caso in cui più del 40% dei valutati richiedano il contraddittorio con lo stesso valutatore, lo stesso si svolgerà davanti al Direttore del Dipartimento. Le procedure di conciliazione quindi cercano di intercettare prima che la valutazione diventi definitiva quelle situazioni di non corretta gestione del percorso valutativo o di comunicazione inefficace, al fine di migliorare i rapporti tra valutato e valutatore. In linea con le indicazioni della funzione pubblica è stata introdotta una ulteriore Procedura di conciliazione che vede coinvolto l'organismo indipendente di Valutazione (OIV).

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

Rischi corruttivi e trasparenza

Analisi del contesto

Contesto esterno_ Il quadro regionale

Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020, approvato dal Consiglio Regionale con Deliberazione del 9 ottobre 2019 n. 73, ha delineato il quadro generale di riferimento della sanità toscana e dettato le strategie sanitarie e sociali della Regione Toscana, definendo la cornice entro il quale possono essere concretizzati obiettivi specifici, azioni e risorse.

La Regione Toscana è successivamente intervenuta profondamente in materia sanitaria sui vari aspetti dell'assistenza ospedaliera, in materia di cure intermedie ed in particolare in materia di assistenza territoriale con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1508 del 19 dicembre 2022 che rivede la programmazione dell'assistenza territoriale in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022 n. 77.

Per quanto riguarda la materia della Trasparenza e della prevenzione della corruzione, il SSR toscano ha introdotto nel corso degli anni importanti misure di prevenzione dei rischi, ponendo l'accento anche sugli aspetti di trasparenza e sull'accountability, cercando di porsi al riparo da rischi potenzialmente derivanti dalle influenze esterne: ha, ad esempio, regolamentato i rapporti dei professionisti del Sistema Sanitario Regionale con gli informatori del farmaco e con gli 'specialists' tecnico-clinici di prodotto; dettato indirizzi per l'attuazione di comportamenti eco-responsabili da introdurre nei Codici delle Aziende e degli Enti del SSR, pur nel rispetto dell'autonomia di Aziende ed Enti; creato linee guida in tema di corretto utilizzo degli strumenti web, dato indicazioni per la redazione dei Regolamenti aziendali in tema di conflitto di interesse. Ha inoltre istituzionalizzato, con Deliberazione di Giunta Regionale, il Coordinamento dei Responsabili per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza degli Enti del Servizio Sanitario regionale per la gestione integrata delle attività della legge n. 190 del 2012, formalizzando così al più alto livello l'esperienza effettiva che vedeva già in atto un coordinamento spontaneo e la condivisione di esperienze tra le Aziende Sanitarie Toscane (che avevano già congiuntamente elaborato documenti comuni e la prima bozza di codice di comportamento per le aziende sanitarie, poi approvato dalle stesse Aziende tenendo conto delle specificità di ciascuna)

L'attenzione in ambito regionale agli aspetti della trasparenza e della prevenzione della corruzione sono evidenziati nel Rapporto sui fenomeni di criminalità organizzata e corruzione, che la Regione pubblica annualmente, in collaborazione con la Scuola Normale Superiore di Pisa, che valuta l'impatto di questi fenomeni sul territorio analizzandone i vari aspetti, confermando la sensibilità per la prevenzione di questi fenomeni.

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

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

Tale quadro impone la necessità di rafforzare i controlli, sempre necessari in condizioni normali, ma ancor più essenziali in momenti dove l'emergenza sanitaria, prima, e le esigenze legate

all'attuazione del PNRR, poi, hanno determinato un incremento nell'erogazione dei servizi e nella gestione delle risorse, con un aumento del rischio legato alle necessità di ricorrere a procedure di urgenza e straordinarie.

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

La finalità di migliorare l'efficacia complessiva delle misure volte a prevenire, ricercare e contrastare le violazioni in danno degli interessi economico finanziari connessi alle misure di sostegno e finanziamento del PNRR, in particolare per quanto riguarda la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione, dei conflitti di interesse e di duplicazione dei finanziamenti, è stato oggetto di apposito Protocollo di Intesa tra l'Azienda USL Toscana nord ovest ed il Comando della Guardia Provinciale di Livorno. Il Protocollo disciplina le modalità di coordinamento e cooperazione idonee a sostenere la legalità economica e finanziaria nell'ambito del territorio della provincia e si ripropone altresì di approfondire i temi relativi alla collaborazione attiva antiriciclaggio per l'adozione di presidi funzionali all'individuazione e comunicazione delle operazioni sospette ai sensi della disciplina in materia.

I dati evidenziati e quelli relativi all'attività espletata dalla Sezione regionale della Corte dei Conti, hanno rappresentato gli indirizzi in materia, per realizzare a livello aziendale gli interventi a tutela degli interessi collettivi curati dall'Azienda, indicando gli strumenti volti a evitare la reiterazione di illeciti e provvedere alla corretta gestione e tutela dei beni pubblici e delle risorse affidate ai pubblici funzionari.

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

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

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

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

Le pronunce dei giudici regionali hanno preso in considerazione anche i danni erariali sia in forma diretta sia in forma indiretta, ovvero i danni arrecati ai pazienti con condotte censurate di diversa natura: alcune tra queste hanno riguardato l'effettuazione di visite specialistiche a pagamento, in regime di intramoenia, senza emettere fattura o rilasciando ricevuta su bollettari non aziendali, con conseguente sottrazione all'Azienda Sanitaria delle relative entrate, richiamando la giurisprudenza della Cassazione, univoca nel configurare in tali casi il delitto di peculato, in quanto il medico che

svolge attività intramoenia acquisisce qualifica pubblistica, e come tale deve rispondere di peculato qualora si appropri delle somme ricevute in ragione del suo ufficio, omettendo di corrispondere la percentuale spettante all’azienda: le azioni previste nel triennio riguardano la tendenziale eliminazione dei ‘bollettari’ come modalità di pagamento e la verifica tramite controlli incrociati e sull’effettiva causalizzazione. Più in generale, la tendenziale eliminazione della possibilità di pagamento tramite contanti e le modalità ormai diffuse presso tutte le strutture aziendali di pagamento tramite pos o altri modelli automatizzati di pagamento per le prestazioni sanitarie, consente di eliminare anche i rischi connessi, legati all’utilizzo del contante ed evidenziati nei Rapporti annuali sui fenomeni di criminalità organizzata e corruzione.

L’Azienda USL Toscana nord ovest, in risposta alle necessità di fronteggiare i rischi evidenziati, aveva già in precedenza aggiornato il Codice di Comportamento aziendale, prevedendo regole circa l’utilizzo di comportamenti eco-responsabili, il richiamo alle disposizioni antiriciclaggio e le modalità di corretto utilizzo degli strumenti web, evidenziando il riflesso che i comportamenti dei dipendenti del Servizio Sanitario Toscano possono avere sulla propria reputazione personale e professionale e, di conseguenza, per l’Azienda per cui si lavora, contribuendo a minarne la fiducia da parte dei cittadini: per questa ultima parte si era data attuazione alle disposizioni del Decreto Legge n. 36/2022 che prevede nell’ambito dei codici aziendali una sezione dedicata al corretto utilizzo dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici anche al fine di tutelare l’immagine della pubblica amministrazione. Recentemente il Codice è stato oggetto di un ulteriore aggiornamento con Deliberazione n. 692 del 17 luglio 2024, a seguito dell’entrata in vigore del DPR n. 81/2023, in materia di utilizzo delle tecnologie informatiche, utilizzo dei mezzi di informazione e social media oltre che più diffusamente dei comportamenti in ambiente di lavoro.

Coordinamento regionale dei RRPPCCTT degli Enti del Servizio Sanitario Regionale

Le complesse attività proprie del Responsabile per la prevenzione della corruzione, in particolare la redazione del Piano anticorruzione, hanno imposto alle Aziende Sanitarie nel corso del tempo una autoanalisi organizzativa con la conoscenza sistematica dei processi svolti, dei procedimenti amministrativi e la programmazione dei processi di riorganizzazione.

Le disposizioni legislative – in particolare – e regolamentari, sia a livello nazionale che a livello regionale hanno previsto il riconoscimento ed il potenziamento del ruolo dei Responsabili della prevenzione della corruzione e per la Trasparenza e questo assume un valore particolare in un settore quale la Sanità che ha sempre più necessità di individuare misure di prevenzione non solo generali ma specifiche, calibrate sui processi rilevati, frutto delle concrete esperienze delle amministrazioni.

Il Sistema Sanitario Regionale Toscano è stato oggetto di un’importante riforma ai sensi della Legge regionale Toscana n. 84 del 2015 che ha riorganizzato l’intero servizio per rendere il sistema più efficiente, appropriato e di qualità, al fine di eliminare sprechi e duplicazioni e rispondere in maniera sempre più adeguata ai bisogni di salute dei cittadini: i nuovi ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie più ampi dei precedenti, articolati e complessi, hanno fatto sorgere la necessità di definire un maggiore coordinamento tra i soggetti dell’ordinamento che la riforma regionale ha previsto garantendo la sinergia tra Aziende Ospedaliere Universitarie e Aziende Unità Sanitarie Locali attraverso la programmazione integrata.

Il contesto di riferimento ha reso opportuno criteri di coordinamento tra gli Enti dell’ordinamento regionale che mettono in comune le esperienze fatte allo scopo di favorire lo sviluppo di sistemi condivisi di gestione del rischio, puntando al rafforzamento delle misure e delle azioni di prevenzione.

La Regione Toscana ha dato una risposta a questa esigenza in tema di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità con la Delibera n. 1065 del 2 novembre 2016 con la costituzione di un Coordinamento regionale dei Responsabili della prevenzione della corruzione

della sanità. In attuazione della delibera, che valorizza la competenza e l'esperienza dei Responsabili per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza della Regione Toscana, coniugandole con la capacità di confrontarsi e crescere insieme, si struttura una rete di RPC aziendali con le funzioni espressamente previste di:

- condividere un unico sistema di gestione, i metodi e strumenti di lavoro, valutazioni sulle singole esperienze, buone pratiche e atteggiamenti etici più opportuni;
- elaborare standard operativi e di risposta ai requisiti normativi nella predisposizione della modulistica nella metodologia di definizione dei Piani triennali nella definizione dei criteri di valutazione dei rischi e nella predisposizione delle azioni preventive.

Nel Coordinamento, presieduto dalla competente Direzione Regione Toscana, si è sviluppata una discussione partecipata ed esperta sulla prevenzione delle criticità, la realizzazione di modelli comuni e la condivisione di buone prassi (anche la delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 di 'Approvazione definitiva dell'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale anticorruzione' ha valutato positivamente l'esperienza); il Coordinamento si è riunito periodicamente sulle tematiche della materia approfondendone gli aspetti da aggiornare:

- mappatura del rischio anticorruzione: analisi della mappatura dei processi a rischio con approfondimento delle aree comuni e modelli omogenei di lavoro per l'emersione del rischio anticorruzione nei vari ambiti aziendali;
- analisi complessiva degli obblighi circa le modalità di pubblicazione degli atti in Amministrazione Trasparente ed in Albo Pretorio on line, con approfondimento sugli obblighi di pubblicazione dei dati relativi agli appalti con la vigenza del nuovo Codice; degli obblighi relativi agli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati; nonché analisi dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica e della L.118/2022, che ha modificato l'art. 41 c. 6 del D.Lgs. 33/2013, introducendo la pubblicazione di tali dati;
- codice di comportamento: dopo la discussione che ha portato all'aggiornamento relativo agli strumenti web, al contrasto delle discriminazioni ed all'affermazione di comportamenti eco-responsabili, è in atto in seno al Coordinamento la discussione relativa alle novità introdotte dal DPR n. 81/2023;
- conflitto di interesse: nell'ottica di condividere metodi e strumenti di lavoro con la diffusione di buone prassi e modulistica, il Coordinamento RPCT ha elaborato la Bozza di Regolamento sulla gestione del conflitto di interesse poi diffuso dalla Direzione Sanità, Welfare e Coesione sociale di Regione Toscana, Settore Affari Generali e Supporto Giuridico alla Direzione, ai Direttori Generali degli Enti del SSR, poi approvato dall'Azienda USL Toscana nord ovest con le modifiche e integrazioni in relazione alla realtà organizzativa; successivamente il Coordinamento ha, altresì, elaborato l'aggiornamento a seguito delle novità introdotte dal decreto Legislativo 31 marzo 2023 n. 36, cui è seguito l'invio di Linee Guida regionali a tutte le Aziende sanitarie per l'adozione dei propri Regolamenti interni;
- formazione aziendale per i dipendenti: è costante la discussione sulla formazione aziendale ed è di recente elaborazione la creazione e l'avvio di un corso FAD sul codice di comportamento per la fruizione da parte di tutte le Aziende ed Enti del SSR, tramite il FORMAS – il Laboratorio della Regione Toscana per la Formazione Sanitaria.

Contesto interno_L'Azienda USL Toscana nord ovest

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

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

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

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

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

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

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

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

La Responsabile Trasparenza e il Responsabile prevenzione corruzione, l’Ufficio di supporto, il Gruppo di Lavoro Referenti.

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

Il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione ricopre altresì la carica di gestore aziendale antiriciclaggio: l’Azienda ha inteso così privilegiare nella nomina i profili di connessione nella gestione delle attività e nell’attuazione degli strumenti, a garanzia della prevenzione del rischio. Il sostituto del Responsabile per la prevenzione della corruzione aziendale - in caso di temporanea o improvvisa assenza - è la Responsabile Trasparenza.

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

Ad integrazione, per il supporto ai Responsabili PCT, è stata creata una rete di referenti individuati all’interno dei Dipartimenti, Zone/Distretto e Rete Ospedaliera, indicati con Deliberazione n. 344 del 7 aprile 2023 e con successiva Deliberazione di aggiornamento n. 631 del 28 giugno 2023; il livello individuato è stato quello Dipartimentale/ Zona/Rete Ospedaliera che meglio consente un livello di sintesi e aggregazione in grado di dare una migliore risposta alle esigenze sottese nella nomina stessa.

Il Responsabile aziendale per l’Anagrafe della Stazione Appaltante.

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

Il RASA ha proceduto alla verifica dei dati identificativi della dell’Azienda all’interno dell’Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti sul sistema Simog_AUSA di Anac ai fini dell’aggiornamento annuale obbligatorio e ha concluso definitivamente il processo di qualificazione della SA (già ottenuta nel mese di giugno 2023) dichiarando ufficialmente che la Stazione Appaltante per l’e-procurement ha la “disponibilità” di piattaforme di approvvigionamento digitale certificate di cui agli artt. 25 e 26 del d.lgs. n. 36/2023: la nostra Stazione Appaltante ha già aderito alla convenzione regionale per l’utilizzo di Start che a sua volta ha ottenuto la certificazione ed è stata inserita ufficialmente nell’elenco delle piattaforme certificate consultabile sul sito di ANAC.

Il Responsabile aziendale antiriciclaggio

Con il Decreto legislativo n. 231 del 21 novembre 2007 di ‘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 misure di esecuzioni e s.m.i.’ sono state individuate le azioni per il contrasto all’antiriciclaggio e al terrorismo e successivamente l’Unità di Informazione Finanziaria per l’Italia, preposta al Settore, ha dettato le Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni.

Le Istruzioni della UIF prevedono che le pubbliche Amministrazioni individuano – con provvedimento formalizzato – un ‘gestore’: l’Azienda USL Toscana Nord Ovest ha tempestivamente provveduto con deliberazione aziendale n. 416 del 17 maggio 2018 di ‘Nomina gestore antiriciclaggio’; la figura del gestore aziendale - confermata con la Deliberazione aziendale n. 837 del 30 settembre 2019 e poi da ultimo con Deliberazione n. 1127 del 30 novembre 2022, coincide con il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e questo ha consentito di prevedere al meglio i necessari collegamenti nel Piano aziendale di prevenzione della corruzione e per la trasparenza individuando nell’ambito dello stesso le misure di prevenzione del riciclaggio prevalentemente incentrate nelle Unità Operative del Dipartimento Economico e del Dipartimento Servizi Generali in particolare nella Unità Operativa Acquisizione Servizi socio sanitari e più diffusamente in tutti i settori che seguono liquidazioni e pagamenti; organizzare i momenti formativi nel coso degli anni – nell’anno 2023, evento formativo ripetuto in due edizioni, e nell’anno 2024 con il corso di approfondimento della normativa svolto a novembre - volti principalmente a consentire di riconoscere le attività potenzialmente connesse con il riciclaggio ed il finanziamento del terrorismo, nonché regolamentare le modalità con le quali gli addetti agli uffici dell’Azienda trasmettono le informazioni rilevanti ai fini della valutazione delle operazioni sospette per la tempestiva e corretta segnalazione alla UIF.

Il Gestore, già registrato al sistema di comunicazione *on line* UIF – Banca d’Italia, è il soggetto aziendale delegato a valutare ed effettuare le comunicazioni alla UIF e che, al fine di garantire efficacia e riservatezza nella gestione delle informazioni, la UIF considera quale proprio interlocutore per tutte le comunicazioni ed i relativi approfondimenti il gestore individuato e la connessa struttura organizzativa.

La procedura interna relativa alle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte dell’azienda USL Toscana Nord Ovest alla Unità di Informazione Finanziaria per l’Italia elaborata dal Gestore ha individuato:

- i vari livelli di responsabilità a livello aziendale,
- i rapporti dei Dipendenti e dei Responsabili di Struttura con il Gestore per consentire la comunicazione del Gestore alla UIF
- le altre azioni da porre in essere per consentire la piena attuazione della normativa in ambito aziendale.

Con l’aggiornamento al Codice di Comportamento aziendale adottato con Deliberazione n. 89/2022 è stato ribadito il richiamo agli obblighi in materia sia da parte dei Dipendenti sia da parte dei dirigenti per la cura dell’attuazione della procedura aziendale e per la corretta attuazione ed il trattamento delle operazioni sospette.

Gestione del rischio

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

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

La formazione ha un ruolo centrale per la diffusione e la conoscenza dei temi dell'etica e della legalità per tutti i soggetti che, a vario titolo, partecipano alla creazione e attuazione delle misure e più in generale per la diffusione di nuove pratiche: nell'anno 2024, in seno al Coordinamento regionale dei Responsabili per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, è stato dato avvio di un corso FAD a carattere generale per tutti gli aspetti della trasparenza e della prevenzione della corruzione, fruibile da tutti i dipendenti dell'Azienda Sanitaria; ed uno più specifico sull'antiriciclaggio, entrambi progettati con il FORMAS - Laboratorio regionale per la Formazione Sanitaria. In ambito aziendale sono state approfondite e diffuse le novità legislative e la loro applicazione in Azienda, in particolare con il Corso aziendale tenutosi in data 21 novembre 2024 'Gli strumenti della trasparenza e della prevenzione della corruzione in ambito aziendale: il nuovo regolamento sulla gestione del conflitto di interessi, la segnalazione di illeciti e le recenti novità legislative, le misure antiriciclaggio'. Per l'anno 2025 sono previsti ulteriori approfondimenti sulle novità normative e sulla ricaduta degli stessi provvedimenti in ambito aziendale. La tabella allegata al presente Piano è di seguito delineata per Aree di rischio generali e specifiche per la sanità.

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

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

Contratti pubblici

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

La materia è stata oggi sistematizzata con l'aggiornamento nell'anno 2024 del Regolamento aziendale per la gestione del conflitto di interesse nel quale sono state previste le modalità di procedere sia in caso di conflitto che di incompatibilità

Acquisizione e gestione del personale

Per quanto riguarda la mappatura dell'acquisizione e gestione delle risorse umane è censita nell'ambito del Dipartimento Risorse Umane, che ricomprende tutte le attività relative, dal reclutamento e politiche del personale dipendente, valutazione e valorizzazione, libera professione prestazioni extra impiego, gestione Specialisti ambulatoriali contratti libero professionali borse di studio, alla gestione previdenziale. Sono evidenziate le misure relative alla programmazione delle risorse sulla base delle necessità organizzative, la verifica delle incompatibilità e del conflitto di interessi e la rotazione delle Commissioni; la pubblicizzazione degli incarichi di struttura viene data attraverso l'applicativo IGEA e diffuso attraverso la mail aziendale a tutti gli utenti interni. Inoltre, con il Regolamento per il conferimento degli incarichi di funzione previsti dall'art. 24 del CCNL 2019/2021 per il personale di comparto è stato disciplinato il procedimento di assegnazione degli incarichi, siano essi di organizzazione o professionali, istituiti nei ruoli sanitario tecnico amministrativo e professionale che richiedono lo svolgimento di funzioni con elevata responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria o del profilo di appartenenza.

In capo al Dipartimento è stato posto come obiettivo l'inserimento della dizione, nelle comunicazioni di collocamento a riposo dei dipendenti, che i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi e negoziali non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività: questo al fine di rendere chiara la previsione di legge onde evitare comportamenti illegittimi successivamente alla cessazione del rapporto di lavoro; già al momento della approvazione della Deliberazione n. 220 del 15 marzo 2023 con la quale è stato adottato il Regolamento sulla gestione dei conflitti di interesse - poi aggiornato con la deliberazione n. 152 del 16 febbraio 2024 - tra le misure di prevenzione è stata prevista, al momento della cessazione dal servizio, una dichiarazione di impegni in tal senso da parte dei dipendenti collocati a riposo. In attuazione anche di quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione approvato da ANAC con Deliberazione n. 7 del 17 gennaio 2023, il Regolamento aziendale sulla gestione del conflitto di interessi in corso di adozione prevede l'inserimento nei bandi di gara della previsione della condizione che il soggetto privato partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione dell'art. 53 co. 16-ter del D.Lgs. 165/2001; analoga previsione è prevista per tutti gli altri contratti di qualsiasi tipologia stipulati dall'Azienda.

Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Le entrate e uscite sono state analizzate nell'ambito del Dipartimento Economico che ha al suo interno le Unità Operative Monitoraggio CE e Bilanci, contabilità Fornitori e Contabilità Clienti e Fiscale nonché, per quanto riguarda le liquidazioni e i successivi pagamenti, nell'ambito dei vari dipartimenti interessati e delle Zone Distretto. Per il patrimonio, di competenza del Dipartimento Tecnico e Patrimonio, si è provveduto alla pubblicazione sul sito trasparenza aziendale l'elenco immobili di proprietà, con i dati identificativi, il valore e le relative modalità e finalità di utilizzo.

Oggetto di aggiornamento da parte del Dipartimento Tecnico è stato il Regolamento aziendale donazioni, con riferimento agli eventuali conflitti di interesse che possono nascere da un possibile stretto rapporto tra Ditte donatrici e singoli reparti beneficiari, con la finalità di integrare il regolamento in modo che la materia sia regolata da principi certi e imparziali nei confronti di tutti i soggetti: il Regolamento relativo alle donazioni da parte di singoli cittadini associazioni imprese fondazioni prevede che le donazioni di beni materiali potranno essere fatte specificandone la destinazione; per quanto riguarda invece le donazioni in denaro, questo non potranno essere più vincolate ad uno specifico reparto o servizio: chi farà una donazione in danaro contribuirà al funzionamento ai servizi sanitari e assistenziali erogati dall'Azienda USL e sarà l'Azienda stessa a individuare le necessità e le priorità a cui destinarle per rispondere ai bisogni di salute della popolazione. L'aggiornamento è risultato di particolare importanza perché avviene in un momento

che ha visto aumentare le donazioni a favore dell’Azienda anche nella fase successiva all’emergenza derivante dalla diffusione del Covid 19.

Puntuali sono poi i controlli sulle fatture pervenute in Azienda, che vengono altresì effettuati su tutte le fatture per le attività relative al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza:

- anagrafica: i Fornitori sono codificati in base ai dati che lo stesso ha inviato per pec, compreso l’IBAN e i soggetti autorizzati ad operare sullo stesso (ex L. 136/2010 e s.i.m.) ;
 - controllo della presenza, nella Fattura Elettronica, della tripletta dell’Ordine Elettronico ex normativa ministeriale su FE e OE: il controllo è automatico in quanto la mancanza o la non corretta compilazione dei campi della tripletta determina il rifiuto automatico della fattura;
 - controllo di non inadempienza ex art. 48 bis del DPR 602/73, precedente il pagamento di una fattura autorizzata dal settore competente;
 - controllo della regolarità contributiva ex Codice dei Contratti Pubblici e normativa correlata, precedente il pagamento di una fattura autorizzata dal settore competente;
- controlli a campione sui saldi a debito e sulla corrispondenza iban dell’ordinativo/iban comunicato, come da mappatura allegata al PIAO.

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni

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

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

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

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

- gestione sinistri → verifica conflitti di interessi componenti come da Regolamento → dichiarazione assenza conflitto al momento della immissione nelle funzioni ---> 100%

- gestione sinistri → verifica conflitti di interessi componenti come da Regolamento → segnalazione posizione di incompatibilità/inopportunità nei casi in cui sia coinvolta l’Azienda USL Toscana Nord Ovest--> 2 controlli nell’anno

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

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

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

Incarichi e nomine

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

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

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

Nel corso dell’anno 2024 è stata data attuazione al Regolamento aziendale svolgimento incarichi extraistituzionali in Azienda, approvato con deliberazione n. 1194 del 23 dicembre 2022 e poi aggiornato con Deliberazione n. 34 del 17 gennaio 2024 a seguito delle novità legislative intercorse; il documento è stato altresì coordinato con il Regolamento sulla gestione dei conflitti di interesse - anch’esso aggiornato con Deliberazione n. 152 del 16 febbraio 2024 - per la disciplina, tra le altre cose, delle incompatibilità con l’aggiornamento e l’applicazione dei nuovi modelli.

Affari Legali e contenzioso

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

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

Attività Libero professionale

L'attività libero professionale è presa in considerazione sia con riferimento alla competente Unità Operativa del dipartimento Risorse Umane sia con riferimento ai processi a rischio dei Presidi Ospedalieri con la verifica dei conflitti di interesse sia per il corretto utilizzo della causale di timbratura; inoltre, per evitare casi di peculato e di abusi, è prevista in tutta l'Azienda la sola possibilità di pagamento tramite meccanismi automatizzati. Con Deliberazione n. 1168 del 29 dicembre 2023 è stato adottato il Regolamento aziendale per la libera professione con il quale sono stati dettati i criteri per l'organizzazione complessiva dell'attività libero professionale intramuraria dei dirigenti nonché per l'attribuzione dei proventi relativi; con successiva Deliberazione n. 253 del 21 marzo 2024 è stata nominata la Commissione paritetica prevista dallo stesso Regolamento. Già in precedenza si era provveduto a dettare le regole per la stabilizzazione della gestione delle agende della libera professione, con la definizione della modalità di inoltro delle richieste, legata alla imminente attuazione del nuovo sistema di prenotazione tramite CUP 2.0, che presenta maggiore rigidità, con una maggiore chiarezza e puntualizzazione dei criteri di prenotazione e con l'ulteriore precisazione che non è consentita la prenotazione tramite siti/gestori esterni all'Azienda USL Toscana nord ovest: al di fuori dei canali del call center e del front office LP aziendale non sarà possibile inserire pazienti in agenda.

Liste di attesa

Le liste di attesa sono sempre oggetto di particolare attenzione in ambito aziendale: la possibilità di prenotazione visite è attualmente possibile solo attraverso procedure informatizzate e nei Dipartimenti relativi all'attività sanitaria sono state poste in essere le misure relative e i controlli conseguenti; mentre dal punto di vista del governo delle stesse è competente l'apposita Unità Operativa Gestione Liste d'attesa dello Staff di Direzione. Negli incontri con il Direttore della Rete Ospedaliera e con i Direttori dei singoli Presidi Ospedalieri si è ribadita la necessità delle misure di controllo, in particolare la corretta tenuta del registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari e delle modalità di verifica ed ispezione nei plessi ospedalieri ai sensi dell'art. 3 comma 8 della legge 23 dicembre 1994 n. 724: le misure si sono incentrate sia sul contenuto del Registro, come previsto dalla 'Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi di attesa, in regime istituzionale sia ordinario che libero-professionale. Tutela del diritto di accesso dell'assistito' di cui alla Delibera di GRT n. 638/2009 - di attuazione della legge nazionale – sia sulle verifiche e sulla uniformità delle stesse a livello di singolo Presidio.

Rapporti con soggetti erogatori

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

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

I processi analizzati riguardano le specifiche istruzioni operative rivolte ai soggetti coinvolti con l'intento di facilitare la realizzazione di quanto previsto includendo riferimenti quali Linee Guida, Delibere Aziendali, e più in generale riferimenti alla normativa vigente in materia, processi relativi all' Acquisto di materiale non a gara prodotti "unici" in modo da verificare sia l'adozione di

omogenei comportamenti da parte dei medici specialisti e dei colleghi farmacisti, nel procedimento di acquisto di acquisto dei prodotti e l'aderenza alla procedura aziendale prevista per tale tipologia di acquisto.

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

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

E' previsto altresì il monitoraggio delle sperimentazioni cliniche -nell'ambito dello Staff di Direzione- e un diffuso controllo per una gestione trasparente delle attività formative sponsorizzate. E' stato altresì adottato il Regolamento di Informazione Scientifica che prevede l'accreditamento per l'accesso alle strutture aziendali ospedaliere e territoriali tracciando la presenza, i contenuti informativi e le attività degli informatori all'interno delle strutture. Nella mappatura si sono previsti controlli semestrali sui registri delle presenze introdotti dal regolamento e la redazione di un report entro il 31 marzo dell'anno successivo, da parte del Direttore del Dipartimento del Farmaco, sugli incontri collegiali e sulla formazione sponsorizzata.

Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

L'attività successiva al decesso è stata presa in considerazione sia nell'ambito delle Direzioni di Presidio Ospedaliero sia con il Dipartimento Infermieristico. Con il Direttore della Rete Ospedaliera e con i Direttori di Presidio è stata ribadita la necessità del monitoraggio nell'attuazione delle misure e sono stati previsti periodici incontri per una analisi congiunta. Le misure organizzative sono state implementate e rafforzate negli anni, con interventi in più direzioni in un settore delicato dell'attività svolta in particolare in ambito ospedaliero:

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

Nella tabella relativa ai Presidi Ospedalieri afferenti al Dipartimento Rete Ospedaliera è prevista la 'gestione del paziente deceduto in ospedale e rapporto con i familiari del defunto', con previsione della verifica orario del personale obitorio e rotazione; allo stesso modo nella tabella del Dipartimento Infermieristico e Ostetrico è prevista l'area di rischio 'gestione salme e rapporti con i familiari dei defunti, con previsione di attivazione delle modalità organizzative per l'impiego del personale negli obitori; e nella tabella dello stesso Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico è prevista la rotazione del personale con applicazione del Regolamento Aziendale.

Transizione al digitale

La strategia dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest è volta a favorire lo sviluppo di una società digitale, attraverso la digitalizzazione della pubblica amministrazione, che costituisce il motore di sviluppo per tutto il Paese. In ottica di trasparenza e anticorruzione, la strutturazione degli aspetti organizzativi si sintetizza con la funzione della CdR Transizione al Digitale, che si concentra sulla definizione della strategia integrata e coordinata con i principali indirizzi di programmazione

aziendali, con la progettazione funzionale dei sistemi e il governo della transizione al digitale, in garanzia della continuità e qualità dei servizi, della sicurezza dei pazienti, della protezione e la conservazione dei dati personali, con l'avvio, al fine di focalizzare azioni ed energie, di ulteriori cinque CdR tematiche: Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera, Cartella Socio-Sanitaria Territoriale, Servizi al Cittadino, Telemedicina e Ordini e fatture elettronici.

Incompatibilità e conflitto di interesse

A fianco alla mappatura del rischio in ambito aziendale si è proceduto all'approvazione dei documenti essenziali per l'attuazione delle misure della prevenzione della corruzione. Con la Deliberazione n. 220 del 15 marzo 2023, su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione ed a seguito dell'approfondimento svolto da un Gruppo di Lavoro dedicato con i Responsabili di Dipartimento aziendali, è stato adottato il Regolamento aziendale sulla gestione del conflitto di interessi, in corso di aggiornamento a seguito delle novità introdotte dal decreto Legislativo 31 marzo 2023 n. 36; il documento è stato successivamente aggiornato con Deliberazione n. 152 del 16 febbraio 2024. Il regolamento definisce 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 ed ha coadiuvato l'attività dei Dipartimenti aziendali introducendo i modelli aziendali per la rilevazione dei conflitti di interesse e delle incompatibilità. Oltre alle previsioni del Codice di Comportamento ed al costante supporto del RPC e RT per l'interpretazione dei casi in concreto verificatisi, il quadro aziendale in materia ha visto altresì l'approvazione su proposta della UOC Politiche Economiche e Libera Professione, del Regolamento sulla disciplina delle incompatibilità e svolgimento di incarichi extraistituzionali in ASLTNO, che regola – con il necessario coordinamento con gli altri documenti aziendali - il conflitto di interesse nel rilascio delle autorizzazioni e le attività espressamente in conflitto di interesse in caso di incarichi extraistituzionali

Codice di comportamento

Ai sensi dell'art. 54 del Decreto Legislativo n. 165 del 2001, come modificato dalla Legge n. 190 del 2012, ciascuna Amministrazione deve definire, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio Organismo Indipendente di Valutazione, un codice di comportamento che integra e specifica il Codice di Comportamento generale dei Dipendenti Pubblici approvato con Decreto del Presidente della Repubblica n. 62 del 2013, con la previsione che la violazione dei doveri contenuti nel Codice di Comportamento, compresi quelli contenuti nel Piano di Prevenzione della Corruzione – cui il dettato legislativo ha inteso in tal modo dare forza – è fonte di responsabilità disciplinare e che la violazione dei doveri contenuti nel codice è altresì rilevante ai fini della responsabilità civile amministrativa e contabile ogniqualvolta le stesse responsabilità siano collegate alla violazione di doveri, ordini, leggi e regolamenti.

Il Codice di Comportamento dell'Azienda USL Toscana nord ovest è stato dapprima approvato con Deliberazione n. 65 del 2018, unitamente al Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, in modo da sottolineare la stretta connessione delle previsioni dello stesso Codice e quelle del Piano in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza: il Codice disciplina il comportamento dei Dipendenti in servizio, nei rapporti tra privati e nei confronti del pubblico e l'ambito di competenza dello stesso si estende non soltanto ai Dipendenti dell'Azienda, ma altresì a tutti i collaboratori e consulenti, compresi i collaboratori di imprese fornitrice di beni e -servizi; particolare importanza rivestono le disposizioni relative al comportamento in servizio dove sono stati specificati gli obblighi per i vari ruoli professionali presenti nell'Azienda sanitaria. Successivamente il Codice, a seguito delle novità normative nazionali e regionali, è stato oggetto di aggiornamento – anche a seguito di condivisione con le competenti Strutture aziendali e di confronto con le altre Aziende UU.SS.LL. della Regione – integrando il precedente documento relativamente a:

- obblighi da parte di tutti i Dipendenti per un uso corretto degli strumenti web – a seguito di proposta in tal senso da parte dell’Agenzia Regionale di Sanità Toscana con proprie Linee Guida – e secondo le indicazioni in tema di privacy da parte del Responsabile Protezione dati aziendale;
- disciplina in tema di trattamento e di opportunità tra donne e uomini da assicurare in tutti i campi, compresi quelli dell’occupazione, del lavoro e della retribuzione, condivise con il Comitato Unico di Garanzia aziendale;
- previsione, in un specifico articolo del codice, della necessità di adozione di comportamenti eco-responsabili, in base agli indirizzi di Regione Toscana nel rispetto dell’autonomia propria dell’Azienda Sanitaria;
- richiamo alle disposizioni in materia di antiriciclaggio, sia per quanto riguarda gli obblighi dei Dipendenti sia per quanto riguarda le competenze e gli obblighi dei Dirigenti;
- rispetto delle norme e delle procedure aziendali in materia di protezione dati e per l’adozione delle misure tecniche ed organizzative volte a minimizzare i rischi.

Da ultimo Il Codice è stato oggetto di revisione a seguito del recente Decreto del Presidente della Repubblica 13 giugno 2023 n. 81 Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165», e le modifiche hanno riguardato l’utilizzo delle tecnologie informatiche, dei mezzi di informazione e social media oltre che più diffusamente dei comportamenti in ambiente di lavoro. Il Codice è stato oggetto di attività formative aziendali nel corso degli anni e nell’anno 2024 è stato approfondito in apposito Corso aziendale, in cui sono state esposte anche le recenti novità normative.

Segnalazione di illeciti ed irregolarità

Dapprima la legge 190 del 2012 ha introdotto nell’ordinamento giuridico italiano l’istituto del whistleblowing con la previsione di tutele per il dipendente pubblico che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza nell’ambito del rapporto di lavoro proprio al fine di favorirne l’emersione. Il legislatore è intervenuto di nuovo sull’istituto con la legge 179 del 30 novembre 2017, ampliando le tutele e prevedendole anche in caso di violazione di segreto d’ufficio e ridefinendo complessivamente l’oggetto delle segnalazioni, le modalità di presentazione delle segnalazione garantendo la riservatezza.

L’Azienda USL Toscana Nord Ovest, che si era già dotata di una prima procedura con il piano aziendale per la prevenzione della corruzione 2016-2018, e successivamente con la Deliberazione n. 1008 del 2 dicembre 2020 di un Regolamento aziendale per la segnalazione di condotte illecite, con la finalità di garantire la concreta l’attuazione delle tutele per i dipendenti che consentono l’emersione di eventuali irregolarità o illeciti commessi in Azienda, permettendo di adottare tempestivamente le misure necessarie; attraverso il documento approvato sono state regolamentate altresì le modalità di invio della segnalazione al Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione in modo da prevedere – con l’utilizzo di modalità informatiche e strumenti di crittografia - la riservatezza del segnalante. Il documento era stato poi aggiornato a seguito delle Linee guida ANAC Delibera 469/2021 e con Deliberazione n. 793 del 20 settembre 2021 erano state apportate le integrazioni relative ai soggetti destinatari delle tutele e inerenti le modalità e i termini di gestione delle segnalazioni.

Il Regolamento è stato oggetto di discussione e condivisione in seno al Coordinamento regionale dopo l’approvazione del Decreto Legislativo 10 marzo 2023 n. 24 di ‘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’ ed è stata approvata la nuova Deliberazione con le novità intervenute in modo da garantire a livello aziendale la corretta gestione delle segnalazioni, l’ambito oggettivo e soggettivo e la effettività delle tutele per il segnalante in ambito aziendale

Rapporti con il Comitato Unico Garanzia

Oltre alle azioni già esposte nel documento relative al Piano delle Azioni Positive e a quelle che saranno declinate più avanti nella Sezione Trasparenza, occorre evidenziare che - come già fatto nell'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale dove è stato inserito un apposito articolo per allineare i comportamenti azienda al divieto di discriminazione e promozione delle pari opportunità e di trattamento tra donne e uomini in tutte le attività aziendali - è stato ulteriormente approfondito il coordinamento delle attività confermando nelle previsioni del Regolamento del Comitato Unico di Garanzia una Rete comune tra il CUG, la Consigliera di Fiducia, la Responsabile aziendale Trasparenza ed il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, per la discussione congiunta e la condivisione delle attività di interesse comune, quali:

- valutazioni congiunte per la garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità e di benessere organizzativo, nonché del contrasto con qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale e psichica dei lavoratori
- promozione di azioni positive, indagini, ricerche volte a favorire il benessere lavorativo ed individuare misure atte a creare effettive condizioni di parità per i dipendenti.

Si è inoltre concordato che la Presidente del CUG, in collaborazione con la Responsabile aziendale Trasparenza e il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione presenta la relazione annuale ed il Piano per le azioni positive alla Giornata aziendale della Trasparenza.

Monitoraggio e controlli

Monitoraggio. Per l'attuazione delle azioni previste nella Sezione Eventi corruttivi e Trasparenza saranno effettuate verifiche, da parte del Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza anche congiuntamente, riguardo alle aree in cui è più elevato il rischio così come risultanti dal Piano, svolte in continuità con gli anni precedenti. E' previsto il monitoraggio a cadenza semestrale (30 giugno e 30 dicembre, in modo anche da consentire la corretta redazione della relazione annuale a cura del Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza) e prevede la verifica degli obiettivi assegnati alle strutture aziendali. Gli obblighi di informazione sono adempiuti attraverso l'apposito modello, validato dalla U.O. Qualità e Accreditamento, con il quale viene realizzato un costante flusso informativo e consente la vigilanza sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, oltre che, riportare al Responsabile per la prevenzione della corruzione ed al Responsabile Trasparenza la presenza di comportamenti scorretti ovvero, ancora, l'individuazione di conflitti di interesse. Le verifiche interesseranno peraltro tutti gli altri settori che, autonomamente o su sollecitazione delle strutture aziendali o sulla base di informazioni pervenute, saranno ritenute a rischio o comunque di particolare interesse, anche in funzione di prevenzione. Con riferimento alle attività a più alto rischio, a comportamenti scorretti e alla individuazione di conflitti di interesse sono previsti altresì:

-per tutti i Direttori di Dipartimento, check list di monitoraggio delle azioni previste dal Piano (semestrale)

-per i Dirigenti e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, tempestiva comunicazione (entro 7 giorni) dell'avvio del procedimento disciplinare con le infrazioni contestate: l'UPD invia altresì mensilmente il report delle attività.

-per il Direttore Dipartimento Affari Legali, tempestiva comunicazione dei procedimenti penali civili amministrativi contabili in cui l'Azienda sia parte in causa, inerenti gli aspetti della prevenzione della corruzione e della legalità.

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

I controlli interni. Per consentire un approccio flessibile e contestualizzato l’Azienda USL Toscana nord ovest ha istituito l’Internal auditing con Delibera del Direttore Generale n.945 del 31/10/2018 “Costituzione di un Albo generale degli auditor interni” che raccolga i nominativi del personale autorizzato a condurre e svolgere l’attività di audit interno secondo le procedure, le metodologie e gli obiettivi previsti dalle specifiche funzioni aziendali committenti la medesima attività di audit. Questa è stata la prosecuzione di un disegno organizzativo iniziato con la delibera DG n. 740 del 29/07/2016 che lo aveva già previsto come sistema di controllo aziendale. Nell’ambito di tale gruppo è stata prevista una figura specifica con adeguate competenze nelle materie di Anticorruzione e Trasparenza finalizzata al “focus” nelle specifiche materie afferenti ai settori della prevenzione della corruzione e trasparenza in ambito Aziendale. Lo stesso gruppo operativo è utilizzato a livello aziendale, a fianco del Responsabile aziendale Trasparenza e della Responsabile aziendale Trasparenza, come organismo di controllo in materia di anticorruzione e trasparenza per le verifiche previste dalla recente delibera di Giunta Regionale n. 1150/2023 per l’attestazione dei requisiti previsti dall’Allegato A alla Delibera regionale per il rilascio dei nuovi accreditamenti, in attuazione delle disposizioni del Ministero della Salute del 19 dicembre 2022.

Sezione programma della trasparenza

Premessa: la trasparenza

L’art. 1, comma 1, del D. Lgs. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, innovava ed ampliava il concetto di trasparenza nella pubblica amministrazione, in particolare orientando l’attenzione verso la pubblicazione di un set di dati obbligatori sul Portale della trasparenza. E’ con il D.Lgs. 97/2016 che il concetto di trasparenza si ribalta nel concetto di accessibilità dei documenti.

Strumento principe di questa nuova accezione è l’”accesso civico generalizzato”, parallelo al precedente “accesso semplice”, ma ben più esteso e dunque esercitabile relativamente ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione. Questo diramarsi dei percorsi porta a due canali di informazione a disposizione dei cittadini:

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

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

Il Portale della trasparenza

Il D.Lgs 97/2016 ha rivisto e riorganizzato gli obblighi di informazione oggetto di pubblicazione, semplificandoli in alcuni casi, ma allo stesso tempo impegnando le pubbliche amministrazioni, ed in particolare quelle operanti nell’ambito della sanità, ad una rappresentazione di dettaglio dei dati economici che getta piena luce sulle attività e sull’utilizzo delle risorse. Le linee guida ANAC (in ultimo come integrate dalla Delibera Anac n. 601 del 19/12/2023) e la relativa griglia allegata, che sostituisce quella prevista dalla Delibera n.50/2013, all’ All. 1 Errata Corrige, tracciano il quadro di dettaglio degli obblighi informativi, fermo restando che ulteriori obblighi sono rinvenibili in successive leggi o normative di settore. A tal fine, ed in linea con le indicazioni del Piano Nazionale anticorruzione, si allega l’elenco degli obblighi informativi, dei relativi responsabili della detenzione del dato, pubblicazione, aggiornamento, cancellazione (intesa come sottrazione alla pubblicazione) nonché tempistica degli aggiornamenti e delle verifiche. Sono pertanto presenti, e continuano ad essere implementate, all’interno del Portale nuove sezioni o sottosezioni, originariamente non previste nella griglia ANAC, quali: censimento autovetture, attività di risarcimento danni, dati relativi ai rapporti di finanziamento ad operatori sanitari ed al codice di trasparenza Efpia, dati relativi agli specialisti ambulatoriali, la cui pubblicazione è prevista nel relativo A.C.N., le donazioni per l’Emergenza COVID, i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull’attività

medica svolta, Avvisi di pubblicità relativi ai contributi per progetti finanziati con Fondi F.S.C. e F.E.S.R. ecc. La necessità di monitorare ancora con maggiore attenzione i progetti attuativi del PNRR ha richiesto l'integrazione del portale con ulteriori settori dedicati, secondo le indicazioni ANAC.

1) Accesso civico

Accesso civico semplice

La possibilità di accedere a documenti, informazioni e dati oggetto di pubblicazione obbligatoria (articolo 5, comma 1, d. lgs. n. 33/2013) è garantita dalla legge. Chiunque può far valere questo diritto, richiedendo all'Amministrazione la pubblicazione dei dati mancanti. Il Diritto si esercita pertanto a semplice richiesta, ed in maniera assolutamente gratuita, al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Particolare attenzione viene posta all'accesso civico semplice per la pubblicazione dei dati relativi alle gare e contratti di cui all'art. 6 deliberazione ANAC 264/2023 come integrata dalla deliberazione ANAC 601/2023. L'Azienda Usl toscana Nord Ovest ha implementato un ufficio dedicato agli accessi, nell'ambito del Dipartimento dei servizi generali, U.O.C. Rapporti istituzionali. L'ufficio riceve le richieste, monitora la tempistica delle risposte, e supporta, ove richiesto, le strutture interessate alla risposta. Delle richieste di accesso semplice se ne da' riscontro nel Registro degli accessi.

Accesso civico generalizzato

Le amministrazioni devono organizzarsi per rispondere all'accesso civico generalizzato. Tutti i documenti, le informazioni e i dati oggetto dell'attività delle pubbliche amministrazioni (tranne quelli che per le motivazioni espresse dalla stessa normativa possono essere sottratti all'accesso) sono pubblici e chiunque ha il diritto di conoscerli, di **fruirne gratuitamente e di utilizzarli e riutilizzarli**. Ne consegue che, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, **ulteriori a quelli oggetto di pubblicazione, in modo assolutamente gratuito fatti salvi i costi di riproduzione**. L'evoluzione normativa rappresentata dal D.lgs 97/2016 sembra quindi tracciare un percorso di crescita della trasparenza, che continua a basare la propria ragion d'essere sulla generale necessità del perseguitamento degli obiettivi di legalità, sviluppo della cultura dell'integrità ed etica pubblica, nonché di buona gestione delle risorse pubbliche, ma utilizzando forme di comunicazione sempre più concrete e mature. L'attuale articolazione della trasparenza, con la rinnovata accessibilità a tutti gli atti e documenti della pubblica amministrazione, si pone ancora con maggior forza quale strumento principe per la prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni. In questo senso e ben riconoscibile un legame di tipo funzionale tra la disciplina della trasparenza e quella del contrasto alla corruzione.

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

La disciplina dell'accesso deve pienamente contemporarsi con le esigenze di privacy. L'Azienda Toscana nord ovest gestisce pertanto l'accesso civico in piena collaborazione con il Data Protection officer, perché vi sia una costante attenzione alla tutela dei dati particolari e al contemporamento degli interessi. L'azione formativa periodicamente prevista in materia di pubblicazione, è pertanto diffusamente rivolta anche a tutti gli operatori che gestiscono o possono gestire richieste di accesso generalizzato. Preme ricordare che l'Azienda si è dotata di apposito regolamento aziendale. L'istanza

va presentata alla U.O.C. rapporti istituzionali che la assegna all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti.

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

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

2) Campo di applicazione

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

3) Soggetti interessati

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

- Il Direttore Generale quale soggetto individuato all'adozione del PIAO
- il Responsabile aziendale della prevenzione della Corruzione ed il Responsabile Aziendale della Trasparenza. Tale scelta consente peraltro ha consentito la reciproca nomina quale Sostituti nelle relative funzioni per i casi di impedimento o assenza. La piena integrazione delle funzioni è garantita attraverso una costante e sistematica condivisione delle tematiche
- tutti gli estensori del PIAO ed in particolare i componenti del Gruppo di lavoro formalmente individuato dalla Direzione
- il Gruppo di lavoro dei referenti trasparenza e anticorruzione. Il gruppo è stato aggiornato nel semestre 2023 con deliberazioni n.344/2023 e n.631/2023. Alla luce delle modifiche, ed in particolare alla luce delle importanti novità del codice degli appalti e della digitalizzazione degli appalti si prevede per l'anno 2025 un adeguamento del gruppo in funzione dei modificati obblighi informativi
- tutti i dirigenti e responsabili individuati nell'allegato degli obblighi di pubblicazione, gestione dei dati e gestione delle sezioni di competenza come riportati nell'allegato
- L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) verifica la coerenza tra le misure di prevenzione della corruzione e le misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici. In materia di trasparenza, nell'ambito dei propri articolati compiti, l'OIV è preposto all'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte delle amministrazioni pubbliche. L'assolvimento di tale funzione è una importante occasione di confronto e miglioramento, non solo per il pieno rispetto della normativa, ma per una effettiva crescita della cultura aziendale in materia di trasparenza, finalizzata anche alla massima ed effettiva chiarezza e semplicità nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione.

4) Ambiente

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

5) il monitoraggio degli anni precedenti

Gli obiettivi dell'anno precedente sono stati affrontati con azioni mirate. Si ricorda in particolare:

- Manutenzione del portale - Una particolare attenzione è stata posta ancora al riordino dei contenuti al fine di renderli più facilmente e immediatamente reperibili. Sono state create apposite sottosezioni ed è proseguita l'attività di sensibilizzazione per nominare correttamente e uniformemente i contenuti dando visibilità alle tempistiche di pubblicazione;
- Manutenzione evolutiva - Nell'ambito dell'utilizzo delle banche dati esistenti si è proceduto a completare su tutto il territorio aziendale il ricorso al link ad alcune banche dati nazionali (Perla P.A., adempimenti in materia di gare e contratti ecc.) In particolare vi è stato un importante adeguamento nella sezione bandi di gare e contratti nel rispetto delle indicazioni ANAC ;
- Trasparenza e corretta gestione del dato - E' proseguita, in particolare nel corso dell'attività formativa, l'azione di sensibilizzazione sul rispetto della privacy e del corretto trattamento del dato;
- Gare e contratti in corso di espletamento – Seppur avviato nel 2023, Il passaggio dall'adempimento di cui alla L. 190/2012 (oramai superato nel 2024) alle attuali previsioni ha richiesto di parte di tutte le strutture un grosso sforzo organizzativo ed informativo. Sono proseguiti nel 2024 numerosi incontri con tutte le strutture interessate e le zone di riferimento per condividere il processo di transizione ai nuovi obblighi informativi. Si è peraltro avviata una importante opera di sensibilizzazione anche per quanto riguarda l'acquisizione dei CIG ai soli fini della tracciabilità. L'importante passaggio dall'utilizzo degli SMART CIG, ai tali CIG assunti nella piattaforma PCP è stata l'occasione per approfondire la tematica, affinché l'acquisizione dei i servizi sanitari e sociosanitari potesse avere una capillare attenzione.
- E' proseguita la messa a CUP delle agende del privato accreditato con un ottimo ritorno sulla trasparenza delle attività e delle liste di attesa, attività particolarmente importante per l'attenzione (e di conseguenza le risorse) che, sia a livello regionale che a livello nazionale viene posta ai progetti di recupero delle liste di attesa ;
- Nell'ambito Amministrativo-contabile si è proceduto ad una attenta cognizione dei controlli in essere nell'amministrazione, con particolare attenzione alle attività svolte quale soggetto attuatore di 60 interventi finanziati con risorse PNRR e relative procedure di gara (controllo e verifica dei requisiti degli operatori economici, controllo sul aggiudicatari nel rispetto della normativa vigente consultando per le gare di importo superiore ad € 40.000,00, controllo del FVOE, del Sistema informativo del Casellario giudiziario attraverso l'applicativo CERPA ,la richiesta all'Agenzia delle Entrate competente per territorio e la comunicazione /Informazione Antimafia white list, rispetto delle previsioni dell'art. 7 comma 8 del Decreto-legge del 31 maggio 2021, n. 77, secondo cui le Amministrazioni beneficiano delle attività di collaborazione e cooperazione istituzionale con la Guardia di Finanza – Nucleo Speciale Spesa Pubblica e Repressione Frodi Comunitarie – in virtù dell'adesione al Protocollo d'Intesa stipulato in data 17/12/2021 tra il MEF-Ragioneria Generale dello Stato e il Comando Generale del Corpo.

Anche per le gare con importo inferiore ai € 40.000 è stato rispettato l'obbligo di verificare le dichiarazioni rese dall'operatore economico tramite sorteggio di un campione individuato con modalità predeterminate

La pubblicazione dell'aggiornamento del Codice di comportamento (deliberazione 692 del 17/07/2024) e degli aggiornamenti dei regolamenti aziendali relativi alla gestione degli illeciti e del conflitto di interesse (deliberazioni 462 del 24/5/2024 e 152 del 16/2/2024) sono stati occasione, anche attraverso la costruzione di specifico evento formativo, di diffusione di tali tematiche ad una ampia platea di dipendenti.

E' proseguita la partecipazione nel corso di tutto il 2024 al Gruppo Regionale dei responsabili della prevenzione della corruzione e trasparenza anche con la collaborazione alla predisposizione del corso FAD sull'antiriciclaggio. Il gruppo ha inoltre monitorato l'applicazione delle novità in materia di pubblicazione di gare e contratti.

La giornata della trasparenza, tenutasi quest'anno in unica edizione in data 04/12/2024, ha visto un'ampia partecipazione dei dipendenti. Nell'ambito del programma sono state trattate tra altre, le tematiche del PIAO, del PNRR, della transizione al digitale della performance. La Giornata ha visto l'importante intervento dell'OIV che, attraverso un seguто ed apprezzato intervento, ha rappresentato il ruolo dell'organismo nell'ambito della trasparenza e prevenzione della corruzione, nonché la centralità del processo della performance.

- E' proseguita la sinergia tra il CUG ed il Responsabile della trasparenza ed il Responsabile della prevenzione della corruzione; si segnala in particolare l'inserimento nell'aggiornamento al Codice di comportamento delle previsioni per allineare i comportamenti aziendali al divieto di discriminazione e promozione delle pari opportunità e di trattamento tra donne e uomini in tutte le attività aziendali

6) Aggiornamento e pubblicazione del piano

Il PIAO 2024- 2026 è stato orientato alla piena integrazione delle attività in esso contenute e la trasparenza ha interpretato il proprio ruolo quale supporto al percorso di creazione di Valore pubblico. Il documento completo, nel rispetto della tempistica e delle previsioni normative, è stato adottato con Deliberazione n. 79 del 31/01/2024 e tempestivamente pubblicato sul sito istituzionale. Il presente programma costituisce l'aggiornamento del programma e si integra nel PIAO 2025 – 2027.

7) Obiettivi del programma della trasparenza

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

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

Il presente programma è pensato e redatto nell'ottica della riforma organizzativa di cui alle L. R.T. 28/2015 e 52/2015 e L.R.T. 84/2015, al fine di garantire la continuità degli adempimenti normativi e di archiviazione dei dati di competenza delle confluente Aziende Sanitarie. Il complesso ed articolato percorso di unificazione di realtà aziendali diverse può dirsi ormai completato, anche se

permangono, in particolare all'interno delle articolazioni territoriali aziendali, non omogenee modalità operative. La trasparenza dei procedimenti e dei processi intende favorire l'uniformità operativa al fine di rendere omogenei i flussi informativi. La sfida è conciliare l'aspirazione alla omogeneità, con la necessità di confrontarsi con realtà molto articolate e connesse alle specificità territoriali, quali le Zone e le Società della Salute (ove presenti).

La progettualità del triennio dovrà necessariamente tenere conto degli accordi di avvalimento delle SDS di cui alle deliberazioni 1075 – 1076 – 1077 -1106 del 14 dicembre 2023. Si procederà nel triennio a articolare obiettivi specifici, che tengano conto della complessità delle interrelazioni da gestire anche in materia di trasparenza.

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

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

8) Principali novità del piano

Il presente programma 2025-2027 si propone di migliorare i percorsi informativi, in un'ottica di assoluta integrazione nell'ambito del PIAO ed intende cogliere le opportunità che il PNRR offre alle pubbliche amministrazioni, valorizzando ogni aspetto della crescita e dello sviluppo delle stesse, in un contesto di trasparenza ed eticità. Tale percorso, già ampiamente intrapreso nel corso del 2024, proseguirà nel triennio con particolare attenzione alle nuove modalità di assolvimento degli obblighi informativi in materia di gare e contratti e dunque al "Appalto digitale". In particolare, se gran parte degli obblighi in materia risulteranno assolti attraverso la BDNCP, il portale della trasparenza garantirà la pubblicazione delle informazioni obbligatorie residuali.

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

cambiamento. Si conferma pertanto lo sfidante obiettivo di “far vivere” la trasparenza con pienezza in ogni ambito dell’azienda.

A fianco delle consuete attività ed iniziative ormai consolidate, che si intendono confermate pur in un contesto continuo di miglioramento, il piano intende ampliare l’apertura ad una serie di relazioni con altri organismi interni ed esterni, in un continuo scambio di valori e opportunità, finalizzato al consolidarsi della cultura della legalità. La trasparenza intende peraltro farsi strumento attivo e convinto nella lotta alla discriminazioni di genere, rafforzando la sinergia con il CUG e focalizzando nel triennio l’attenzione sulla “trasparenza di genere”.

9) Il monitoraggio

E’ stato avviato a partire dal Piano 2020-2022, e prosegue anche nel presente triennio, un programma di monitoraggio degli obiettivi e degli obblighi di pubblicazione. Tale obiettivo si realizza anche attraverso la diffusione a livello di tutti i Dipartimenti aziendali destinatari degli adempimenti in materia di una Check list a cadenza semestrale, finalizzata a monitorare e certificare periodicamente lo stato delle pubblicazione e l’avanzamento degli obiettivi dedicati alla trasparenza. Le azioni vengono altresì seguite nell’ambito del monitoraggio degli obiettivi anticorruzione, anch’esso a scadenza semestrale. Il monitoraggio risulta un buono strumento di dialogo con le strutture e consente di mantenere viva l’attenzione sulle tematiche in quanto, unitamente ai controlli effettuati sul portale, si propone di favorire l’intercettazione di eventuali criticità, mantenendo costante e diretto il rapporto con le strutture.

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

La struttura del sito, attualmente conforme alla griglia pubblicata quale allegato al Piano Nazionale anticorruzione allegato 9 e successive modifiche ed integrazioni, sarà adeguata alla previsioni di cui alla Delberazione ANAC 495 del 24 settembre 2024. In particolare saranno oggetto di studio e adeguamento delle sezioni (solo ove applicabili alle aziende sanitarie) i riferimenti agli art 4 bis, 13 e 31 del D.Lgs. 33/2013 e sm.i. e dunque saranno adeguate le sezioni con riferimento agli art 4 bis, 13 e 31 del D.Lgs. 33/2013 e sm.i. :

- Dati identificativi dei pagamenti
- Organi di indirizzo politico
- Organigramma
- Documento dell’OIV di validazione della Relazione sulla Performance
- Relazione dell’OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni
- Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe (se adottati)

La Responsabilità della detenzione, trasmissione, pubblicazione e cancellazione dei dati è assegnata ai direttori di U.O. come individuati dai Responsabili di Dipartimento, Area, staff, Zona, ciascuno in funzione della propria competenza. Ove i Responsabili di Dipartimento, Area, staff, Zona non provvedano, dandone comunicazione al Responsabile della trasparenza, a tale individuazione, la responsabilità rimane automaticamente in capo ai medesimi. La corretta, completa e tempestiva pubblicazione e aggiornamento dei dati viene svolta direttamente dal titolare responsabile del dato e della pubblicazione che viene dotato di password di accesso al portale della trasparenza per l’alimentazione e pubblicazione diretta sul sito.

Viene allegata al presente programma, quale parte integrante, la tabella aggiornata con l’indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili della detenzione, trasmissione, pubblicazione, cancellazione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o elaborazione dei dati, cui

spetta anche l'obbligo di pubblicazione. A tal fine ciascun responsabile viene dotato di password per l'alimentazione diretta del portale della trasparenza per la parte di propria competenza.

I Responsabili individuati nell'allegata tabella (o in mancanza i Responsabili dipartimento/ area/staff/ Zona) sono nominati e/o confermati, con l'approvazione del presente programma, quali responsabili dei dati, dei flussi e della trasmissione/ pubblicazione/ aggiornamento/ cancellazione secondo le competenze connesse al proprio incarico. Stante la complessità dell'azienda, la fluidità delle competenze relative ai processi di riorganizzazione tuttora in corso, nonché il carattere evolutivo della normativa sulla trasparenza, per tutti gli obblighi informativi comunque previsti dalla vigente normativa, od eventualmente istituiti successivamente alla stesura del presente programma, i Dirigenti responsabili e titolari del dato sono considerati direttamente responsabili anche della gestione, trasmissione, pubblicazione, aggiornamento e rimozione dei flussi informativi. Ove, per la generalità dell'adempimento od in mancanza di soggetto titolare, al momento della stesura del presente programma, non sia stato ancora possibile individuare un soggetto fisico preposto, viene individuata la struttura competente. In caso di cessazione del titolare l'obbligo si trasferisce direttamente, senza necessità di atti integrativi, sul nuovo titolare o sul f.f. Resta in tal caso l'obbligo da parte del nuovo titolare di comunicare la variazione al Responsabile della trasparenza o all'ufficio di supporto, e di richiedere le nuove credenziali di accesso al portale. L'aggiornamento costante dell'organigramma aziendale, direttamente raggiungibile anche dal portale della trasparenza facilita peraltro una lineare individuazione del Responsabile del dato. I Responsabili sono titolari dell'obbligo informativo dei dati di propria competenza e ne garantiscono la completezza, esattezza, tempestività e regolare disponibilità; verificano inoltre che le informazioni ed i flussi di loro competenza rispettino la vigente normativa in tema di privacy. La pubblicazione dei flussi è di diretta competenza dei Responsabili dei dati, che hanno accesso diretto al portale con credenziali che autorizzano l'inserimento e la modifica delle informazioni. Con l'adozione del presente Piano titolari della procedura di validazione sono nominati i Dirigenti già titolari (si veda paragrafo 10) della Responsabilità della detenzione, trasmissione, pubblicazione e cancellazione dei dati. Pertanto tale funzione è assegnata formalmente ai direttori di U.O. come individuati dai Responsabili di Dipartimento, Area, staff, Zona, ciascuno in funzione della propria competenza.

11) novità di cui alla D.lgs. 209/2024 “Disposizioni integrative e correttive al codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36.

Le recentissime disposizioni integrative implicano la modifica di una serie di obblighi di pubblicazione in materia di gare e contratti. Dovrà dunque essere data massima priorità allo studio delle modifiche per un corretta e diffusa applicazione anche in tema di trasparenza

12) Privacy e pubblicazioni: Trasparenza e corretta gestione del dato

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

13) Le pubblicazioni: Informatizzazione dei flussi

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

Organigramma aziendale: è uno strumento informatico gestito direttamente dall'Ufficio Personale che permette di far conoscere nel dettaglio l'organizzazione dell'Azienda in tutte le proprie strutture,

ospedaliere, territoriali e di prevenzione. Il valore aggiunto di tale implementazione è l'aggiornamento in tempo reale a disposizione di tutta l'utenza. Dovrà essere verificata la completezza delle informazioni alla luce di quanto previsto al paragrafo 10)

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

Gare e contratti in corso di espletamento: Proseguirà l'adeguamento ai nuovi obblighi informativi ed alla digitalizzazione degli appalti, compreso il rispetto della normativa per gli obblighi di pubblicità per affidamenti fino a 5.000 euro (attualmente in proroga utilizzo interfaccia fino al 30 giugno 2025);

La trasparenza proseguirà nel supporto al passaggio adeguando il portale in modo da accogliere le informazioni necessarie sia attraverso link sia attraverso la pubblicazione diretta sul portale delle informazioni non contenute nella BDNCP.

Continua comunque l'utilizzo di una reportistica che incrocia in maniera informatizzata i dati del SW contabile lato CE4 con quelli lato magazzino GE4. Il risultato è un file riepilogativo dei CIG contenente le informazioni anagrafiche necessarie e con il dato complessivo dell'importo per CIG.

Come già rappresentato nel precedente Piano, sarà completato il percorso sulla tracciabilità dei flussi. Allargando la platea dei contratti soggetti a CIG (seppur acquisiti ai soli fini della tracciabilità e dunque in modalità semplificata a prescindere dal valore) anche al terzo settore, al privato accreditato e al settore termale di fatto allarga i confini dell'originaria tracciabilità. Anche in questo campo saranno recepite le nuove indicazioni inerenti l'acquisizione dei CIG.

Prenotazione delle prestazioni sanitarie e di riabilitazione: Si rappresenta che la corretta gestione delle liste di attesa costituisce un presidio della prevenzione della corruzione, perché garantisce percorsi trasparenti in ogni fase della prenotazione. Si inseriscono nel programma del triennio due obiettivi in tale ambito:

- l'estensione del progetto 0 code (già rappresentato in altra sezione del presente piano)
- l'inserimento a CUP delle prestazioni di riabilitazione (ex percorso 2) che seguiranno pertanto le medesime modalità di prenotazione delle altre prestazioni di specialistica ambulatoriale.

. Nell'ambito della sezione dedicata all'informatizzazione si conferma altresì :

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

Informatizzazione della formazione. Attraverso i sistemi SIGEI e SIGEIOS si programma l'informatizzazione della formazione individuale, un passo importante per dare piena trasparenza alle scelte di formazione individuale. Inoltre è prevista l'attivazione del modulo VHR formazione che migliorerà l'integrazione con il sistema VHR time (rilevazione presenze assenze)

14) I referenti trasparenza

Si conferma anche per il 2025–2027 l’individuazione, per ciascuna struttura interna soggetta all’obbligo di pubblicazione, di un referente. Nel corso degli anni si è rilevata infatti una criticità nella diffusione delle informazioni tra tutti gli operatori. L’Attività di questo gruppo di lavoro è mirata a facilitare i rapporti con le singole strutture e a permettere un approccio diretto alle problematiche inerenti la pubblicazione. Attualmente il gruppo è stato formalizzato, nell’attuale composizione, con deliberazione n. 631/2023. Se ne prevede l’aggiornamento nel corso del 2025, anche a seguito delle mutate modalità di pubblicazione in materia di gare e contratti.

15) Diffusione della cultura della trasparenza

Fermo restando l’impegno profuso per la corretta gestione degli obblighi informativi da una parte e dell’accesso generalizzato dall’altra, l’Azienda ritiene di proporre ulteriori azioni che favoriscano la diffusione della cultura della trasparenza, nella piena e condivisa consapevolezza che la trasparenza non si esaurisce nell’accesso e nella corretta tenuta del portale, ma deve divenire un elemento condiviso e diffuso, non solo tra i dipendenti dell’Azienda USL Toscana nord ovest, ma anche tra tutti i soggetti che operano con e per l’azienda. Nel corso del triennio 2024/2026 proseguirà l’attività formativa volta ai seguenti ambiti:

1)La piena applicazione della disciplina sulla pubblicazione dei dati e dei flussi, coinvolgendo i soggetti più direttamente interessati alla pubblicazione. Si valorizzerà anche la tematica della validazione dei dati ai fini della pubblicazione.

2)Rafforzamento della “cultura della trasparenza”, focalizzando quindi l’attenzione su un rinnovato ed allargato concetto di prevenzione della corruzione .

3)La programmazione formativa confermerà gli eventi orientati a valorizzare la funzione della trasparenza nell’ambito del **PIAO**

16) Conflitto di interessi: Proseguirà nel corso del prossimo triennio la sensibilizzazione sulla tematica. L’adozione degli aggiornamenti dei regolamenti sul conflitto di interessi e pantoufage, continueranno, anche nel 2025 ad essere oggetto di massima diffusione e formazione.

L’azione formativa/informativa intende focalizzare, nei settori specifici, l’attenzione sia sugli aspetti formali (modalità di formulazione delle dichiarazioni, modulistica ecc.) sia su quelli sostanziali, esplicitando ad una platea di dirigenti e funzionari l’estensione del concetto e l’importanza dell’individuazione di tutte le situazioni, anche potenziali di conflitto. Il concetto di interesse, anche potenziale, ed in alcuni casi anche solo percepito, deve pertanto essere sviluppato non solo a livello di dirigenza, ma anche in un collaborativo confronto con tutti i soggetti che, a diverso titolo ed a vario livello di responsabilità, si trovano a gestire ogni giorno le varie attività dell’Azienda. Il conflitto di interessi è stato declinato nell’ambito delle misure di trasparenza negli obiettivi di molteplici strutture. L’obiettivo è quello di richiamare continuamente, ed in ogni fase di procedimento, l’attenzione sui possibili, ed anche solo potenziali conflitti di interesse. L’evidenza nei verbali e negli atti dell’avvenuta valutazione della presenza di conflitto di interessi sia attuale che potenziale, vuole forzare l’attenzione di ogni soggetto sulla tematica, imponendo una riflessione diffusa ed allargata su tutte le fasi del procedimento e per tutti i partecipanti ad esso. E’ stata altresì declinata negli obiettivi la gestione del pantoufage, attraverso una capillare azione informativa al personale in cessazione. Particolare attenzione sarà poi riferita, anche alla luce delle dizioni presenti nel nuovo codice degli appalti, al conflitto di interesse nell’ambito delle gare, ed anche nella fase di esecuzione, rappresentando le gravi conseguenze connesse alla sottovalutazione di tale rischio.

17) Vivere la trasparenza in azienda

Si conferma una progettualità all'apertura ad una serie di interrelazioni con plurimi organismi aziendali ed in particolare

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

- **Il C.U.G. (Comitato Unico di Garanzia).** La corruzione, a tutti i livelli, trova un terreno maggiormente fertile là dove convivono situazioni di malessere, mancato riconoscimento del merito, demotivazione, poca trasparenza e discriminazioni. In tale contesto il CUG puo' assumere un ruolo nel complesso sistema del contrasto alla corruzione all'interno delle Amministrazioni pubbliche e nei rapporti che queste instaurano con l'esterno, siano esse altre amministrazioni pubbliche, aziende private e utenza. Infatti, il CUG proprio in quanto soggetto promotore di un'efficace cultura dell'etica, della trasparenza, della valorizzazione del merito, del contrasto alle discriminazioni, puo' (e deve) avere un ruolo nella prevenzione della corruzione. Nel triennio di riferimento si intende condividere con il CUG aziendale percorsi di sensibilizzazione alle tematiche della trasparenza, con particolare riferimento alla "Trasparenza di genere". Se il bilancio di genere deve essere parte integrante della performance aziendale appare evidente che la trasparenza ne deve essere un importante strumento di conoscenza e condivisione. Appare importante esplicitare il nesso profondo tra trasparenza ed azioni di contrasto alle discriminazioni; la Giornata della trasparenza sarà un' occasione per rappresentare l'importanza di una sinergia in materia.

18) Giornata della trasparenza

Per il triennio considerato l'Azienda prevede di dedicare un apposito spazio alle tematiche della trasparenza, legalità, anticorruzione, integrità. Considerata la collocazione della materia nell'ambito del PIAO, si ritiene, in linea con le positive esperienze degli ultimi anni, di arricchire la giornata con i contenuti del presente programma ed interventi in tema di diffusione del PIAO stesso, transizione digitale, accesso, con particolare attenzione alla piena integrazione del piano della performance. La Giornata della Trasparenza, che auspica il coinvolgimento degli stakeholders interni ed esterni, si propone anche come momento di confronto e di ascolto per individuare le informazioni di concreto interesse per gli utenti e migliorare la qualità dei servizi, con il fine ultimo di concorrere a creare "Valore Pubblico"

19) Uso corretto degli strumenti web

Nella piena consapevolezza che l'uso di strumenti web è ampiamente diffuso tra i dipendenti, e che pertanto costituisce una importante modalità di comunicazione spesso informale, ma talvolta anche ufficiale, si ritiene necessario un approfondimento circa le modalità con cui questa forma di comunicazione ed informazione viene utilizzata. La funzione della trasparenza favorirà la diffusione dell'aggiornamento del codice di comportamento che affronta nello specifico anche tale tematica.

20) Trasparenza e qualità

L'Azienda USL Toscana nord ovest è impegnata da tempo in un percorso di qualità che valorizza la funzione di Internal Auditing, volta a verificare il grado di applicazione dell'insieme di procedure, regolamenti e norme (di fonte esterna ed interna) che le strutture sono tenute ad osservare, condividendo con le strutture stesse e con la direzione le aree di criticità e miglioramento. L'internal auditing è dunque una funzione di controllo aziendale che ha lo scopo di supportare l'organizzazione nel perseguitamento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico volto a identificare, monitorare e migliorare il sistema qualità, inteso come complessivo ed organico sistema di gestione aziendale, adottato dalla Direzione Aziendale. La partecipazione del supporto

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

21) Obiettivo trasparenza

Proseguirà nel triennio oggetto del presente piano la sinergia tra la Direzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, e le varie figure apicali aziendali perché vengano definiti e perfezionati nell'ambito delle singole strutture gli obiettivi di budget dedicati alla trasparenza e prevenzione della corruzione. Si intende pervenire ad un progressivo affinamento degli obiettivi che da generali diverranno sempre più mirati e dunque monitorabili e misurabili. Si conferma l'inserimento all'interno della mappatura dei rischi della sezione appositamente dedicata alle misure di trasparenza. Gli obiettivi di trasparenza sono specificatamente declinati nella mappatura anche al fine di darne specifico dettaglio nell'ambito della annuale relazione. (Le misure sono riportate nell'allegato parte integrante della mappatura, nella specifica colonna alla quale si rinvia). Particolare attenzione nell'assegnazione degli obiettivi è orientata, anche in relazione alle recenti indicazioni ANAC a:

- tracciabilità dei flussi anche nel terzo settore
- adempimenti specifici per i progetti PNRR
- aggiornamento del portale della trasparenza

22) Focus e misure specifiche

Convinti della necessità di approfondimenti per i ciascun ambito di attività, ma consapevoli anche che la dimensione aziendale rende tale compito assolutamente arduo, anche in relazione alla risorse disponibili, si condivide con il Responsabile della prevenzione della corruzione la necessità di affrontare attraverso "FOCUS" specifici le problematiche dei singoli ambiti di attività. Si propongono per il triennio di riferimento:

- l'approfondimento sulle modalità di avvalimento delle funzioni di anticorruzione e trasparenza per le Società della salute. In particolare saranno analizzati:
- il rapporto tra la pubblicazione dei dati sui portali delle società della salute e la pubblicazione dei dati aziendali
- i contributi e i vantaggi economici erogati. In tale ambito si intendono rafforzare gli obiettivi di trasparenza evidenziando ai vari responsabili gli adempimenti di cui alla deliberazione anac n. 468 del 16 giugno 2021.
- Inserimento della Procedura UNICEF per la promozione all'uso del latte materno nelle mappature delle Direzioni di Presidio (Rete Ospedaliera e Sanità Territoriale), definizione di una nuova procedura di accreditamento e delibera di recepimento della normativa europea UNICEF con i riferimenti alla normativa in materia di trasparenza, anticorruzione e conflitto di interessi
- Approfondimento della deliberazione ANAC 495/2024 anche per le parti non immediatamente implementabili.,0
- Formazione: progettazione di interventi in materia di trasparenza e anticorruzione nell'ambito dei corsi dei neoassunti
- progettazione di eventi formativi in materia di anticorruzione e trasparenza dedicati al personale operante nei servizi (centralinisti, accoglienza etc.).
- semplificazione della modalità di pubblicazione delle informazioni

ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Struttura organizzativa

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

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

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

Zone-distretto e/o SdS

Rete ospedaliera e presidi ospedalieri

Dipartimenti assistenziali, tecnico amministrativi, di staff e professionali

Aree omogenee

Unità funzionali territoriali

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

Strutture Operative Complesse

Strutture Operative Semplici, anche autonome (dipartimentali)

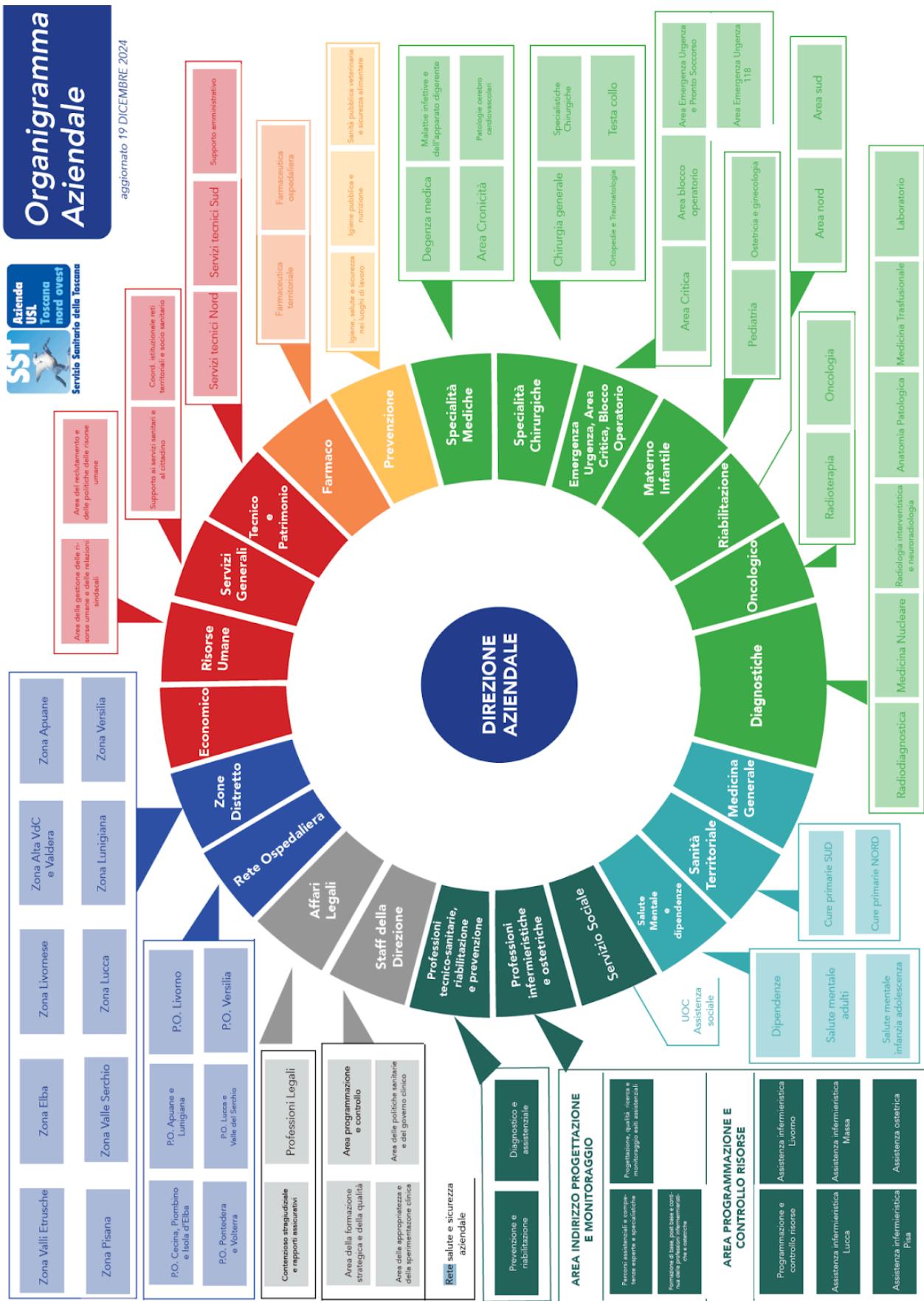
Sezioni ed Uffici, per le attività sanitarie e per quelle tecnico amministrative e professionali

- Incarichi professionali dirigenziali

- Incarichi funzionali gestionali e professionali del personale del comparto

In azienda sono presenti 16 dipartimenti a vocazione sanitaria, assistenziale e socio assistenziale per ospedali e territorio, 10 zone distretto, 6 dipartimenti della struttura tecnico organizzativa e una rete della sicurezza aziendale e della medicina preventiva. L'Azienda nello specifico ha adottato il seguente modello organizzativo: nell'ambito dei dipartimenti assistenziali sono stati costituiti **sette dipartimenti ospedalieri** (*emergenza ed urgenza, area critica e blocco operatorio; specialità chirurgiche; specialità mediche; materno infantile; riabilitazione; oncologico; diagnostiche*), **tre dipartimenti territoriali** (*servizio sociale, non autosufficienza e disabilità; salute mentale e dipendenze; sanità territoriale*), a cui si aggiungono il **dipartimento della prevenzione**, il **dipartimento del farmaco**, il **dipartimento di medicina generale**, i **2 dipartimenti delle professioni** (*infermieristiche ostetriche; tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione, del servizio sociale territoriale*). I suddetti dipartimenti hanno carattere tecnico – professionale in materia clinico organizzativa e gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate, per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, con il compito di sviluppare il governo clinico nei percorsi assistenziali in sinergia fra quelli ospedalieri e territoriali. Tutte le altre strutture, sia quelle di consulenza e di supporto alla direzione, sia quelle per lo svolgimento delle funzioni amministrative e tecniche, sono state riorganizzate nelle seguenti strutture funzionali unificate di livello apicale: **Staff della Direzione; Dipartimento Affari Legali; Dipartimento Economico; Dipartimento Risorse Umane, Dipartimento Servizi Generali; Dipartimento Tecnico e del Patrimonio**. A ciò si aggiunge la Rete della sicurezza aziendale per le funzioni di responsabile del servizio di prevenzione e sicurezza e medico competente.

A seguire si rappresenta l'organigramma aziendale



A livello aziendale sono presenti totalmente 271 strutture complesse, 54 strutture semplici dipartimentali e 264 strutture semplici. Le fasce di graduazione per le posizioni dirigenziali sono:

- A) direttore di dipartimento (22.000-24.000)
- B) direttore di area dipartimentale (15.500-17.500)
- C) direttore di struttura complessa (27.000-18.000)
- E) responsabile di struttura semplice dipartimentale (16.478-19.000)
- F) responsabile di struttura semplice (8.000-15.442)
- G) dirigente con incarico di altissima specializzazione. dip. o di strutt. complessa (16.478-19.000)
- H) dirigente con incarico di alta specializzazione (10.000 -15.442)
- I) dirigente con incarico di studio consulenza e ricerca (5.500-10.000)
- L) dirigente con incarico di base (1.500-4.000)

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

MACRO STRUTTURA	
TECNOSTRUTTURA	205
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE	343
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA RIABILITAZIONE	162
ZONE DISTRETTO	65
TOTALE	775

La graduazione economica degli incarichi del comparto, definita sulla base dei criteri di complessità degli incarichi stessi, va da un minimo di euro 4.000 ad una massimo di euro 13.500.

Organizzazione del lavoro agile

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

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

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

L'Azienda tramite le proprie articolazioni aziendali (Dipartimenti e unità operative complesse) ha proceduto ad una mappatura delle attività "smartizzabili" che hanno la caratteristica di essere in massima parte asincrone rispetto alle attività svolte in ufficio. Successivamente ha assegnato il personale a tali attività e tramite specifici bandi ha raccolto le manifestazioni di interesse dei dipendenti intenzionati ad attivare la modalità di Lavoro agile. Tale procedura viene attivata con cadenza annuale nel mese di settembre e si accompagna ad altre misure introdotte come orario concentrato, part time, flessibilità oraria che vanno a sostegno delle esigenze di conciliazione tra vita familiare e vita lavorativa. L'azienda ha implementato forma di collaborazione tra i dipendenti a distanza sia attraverso procedure già esistenti (piattaforme di lavoro) sia attraverso la condivisione di cartelle di lavoro. L'Azienda ha organizzato un corso di change management per implementare le competenze gestionali (delega, capacità di lavorare per obiettivi, etc.) rivolto ai direttori e al personale del comparto con incarico funzionale che gestisce personale in lavoro agile. A settembre 2024 per il secondo anno consecutivo hanno preso avvio i progetti di lavoro agile coinvolgendo circa 300 dipendenti di USL Toscana Nord Ovest.

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

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

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

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

Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il Piano Triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) è redatto in attuazione di quanto previsto nell'art. 6 ter del D.Lgs n. 165 del 30 marzo 2001, poi modificato ed integrato dall'art. 17 del D.Lgs n. 75 del 25 maggio 2017 e redatto secondo le indicazioni fornite dalle *"Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche"* pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale n. 173 del 27/07/2018, così come integrate dagli indirizzi per la predisposizione dei Piani Triennali di Fabbisogno di personale per il triennio 2025-2027 forniti, con Delibera n. 1499 del 09/12/2024, dalla Regione Toscana.

Il PTFP, (Allegato 4) è definito in coerenza dell'attività di programmazione complessivamente intesa sia come documento che si pone alla base delle regole costituzionali di buona amministrazione, sia come strumento imprescindibile di un'organizzazione chiamata a garantire il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese. Nella predisposizione del PTFP l'Azienda deve rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance, che a loro volta sono articolati, ai sensi dell'art. 5, comma 1 del decreto legislativo d.lgs n. 150 del 2009 in "obiettivi generali", che identificano le priorità strategiche in relazione alle attività e ai servizi erogati e agli "obiettivi specifici".

Tra le principali novità introdotte dal decreto legislativo d.lgs n. 75 del 2017, si cita la previsione per l'Azienda e per ciascuna amministrazione di indicare la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati, con le modalità di reclutamento volte a soddisfare i medesimi, non più sulle piante organiche per reclutare le professionalità che servono necessarie al miglioramento dei servizi; l'integrazione nell'ambiente di lavoro delle persone con disabilità attraverso l'istituzione di una consulta nazionale e di un responsabile aziendale nei processi d'inserimento; la previsione di un regime transitorio per il superamento del precariato, la definizione dei rapporti con le OO.SS. al fine di assicurare la semplificazione amministrativa.

L'Azienda in sede di stesura del PTFP tiene conto del principio dettato dall'art. 6 comma 2 D.Lgs. 165/2001 su l'ottimale impiego delle risorse pubbliche, in particolare, in primis, coordina le azioni dei processi di mobilità (interna ed esterna) e di reclutamento di personale; valuta, inoltre, eventuali progressioni tra le aree o le categorie rivolte al personale in servizio, ai sensi dell'art. 22, comma 15 del D.Lgs. 75 del 2017. Dopo questa prima analisi sulla possibilità di porre in essere interventi di revisione organizzativa, il PTFP indica le scelte da operare rispetto al reclutamento di personale e le procedure di "stabilizzazione" di cui all'art. 1, comma 268, lett.b 234/2021, al fine di non disperdere le professionalità acquisite; con DL 19/2024 convertito con la L.56/2024 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 2 marzo 2024, n. 19, recante ulteriori disposizioni urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)" è esteso il periodo entro il quale si possono maturare i requisiti utili alla stabilizzazione del personale che ha prestato servizio durante la pandemia al 31/12/2025.

La Giunta Regionale Toscana con deliberazione n. 1499 del 09/12/2024 ha fornito alle Aziende ed Enti del SSR indirizzi per la predisposizioni dei PTFP 2025/2027, precisando che gli stessi dovranno poi essere trasmessi all'Amministrazione regionale per l'approvazione e con Deliberazione n. 28 del 20/01/2025 la Giunta ha approvato i Piani Triennali dei fabbisogni di personale delle Aziende ed Enti del SSR per il triennio 2025-2027

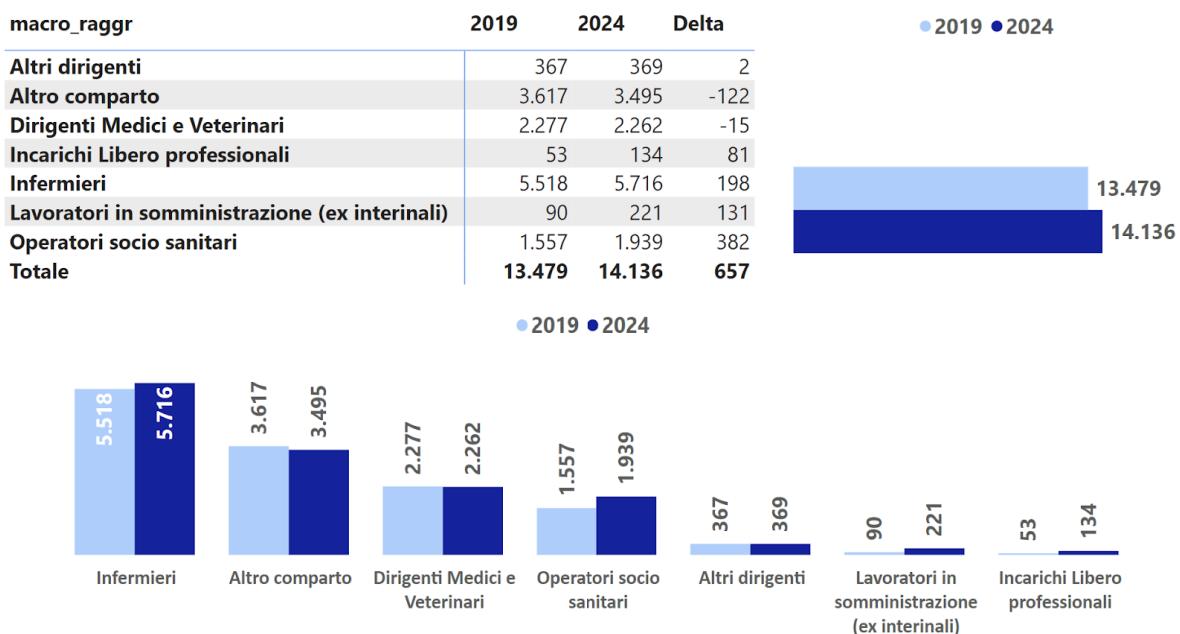
La deliberazione 1499 del 09.12.2024 ha altresì precisato che, conclusa la fase emergenziale legata alla pandemia da covid-19, già con il 2023 è stato avviato nel sistema sanitario regionale un percorso graduale per il progressivo riequilibrio del personale, da realizzarsi in un arco temporale di cinque anni, compatibilmente ed in coerenza con gli obiettivi di salute declinati negli atti di programmazione sanitaria nazionale e regionale.

La logica alla quale si ispira il PTFP è quella di determinare la capacità assunzionale a partire dalle risorse che derivano dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire, nell'ambito degli obiettivi assegnati l'entità delle risorse attivabili. Queste ultime sono il frutto di un'analisi continua dei fabbisogni prioritari o emergenti rispetto alle politiche aziendali che, nel caso della nostra Azienda, sono prevalenti ma non esclusivamente riconducibili alle professioni sanitarie e di "core business" piuttosto che a quelle di supporto o di back office. Il presente PTFP, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, si ispira ai principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione.

Il Decreto Ministeriale 77/2022 ha avuto un impatto significativo sulla predisposizione del PTFP, in quanto stabilisce le linee guida per la riorganizzazione dei servizi sanitari sul territorio definendo, in particolare, un nuovo modello di assistenza territoriale sull'espansione delle cure primarie e sull'integrazione tra ospedale e territorio. Nel modello integrato, introdotto dal DM 77/2022, il territorio svolge un ruolo centrale e pertanto il presente PTFP riflette questa riorganizzazione volgendo un'attenzione particolare alla formazione ed al reclutamento di professionisti sanitari nelle aree territoriali. L'attuazione poi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha portato alla necessità di allineare il PTFP con gli obiettivi di modernizzazione e digitalizzazione previsti dal piano, con un crescente orientamento verso una maggiore decentralizzazione dei servizi sanitari ed una particolare attenzione al territorio, valorizzando i presidi di comunità, le case di comunità e le cliniche di prossimità al fine di garantire una sanità equa ed accessibile.

Il PTFP per il triennio 2025/2027 approvato dalla Giunta Regionale con Deliberazione n. 28 del 20/01/2025 comprende tutte le acquisizioni di personale a tempo determinato e indeterminato, il ricorso ad ogni forma di lavoro flessibile, nonché le assunzioni obbligatorie della Legge n. 68/99 e le categorie protette nel rispetto della normativa prevista in materia di quote d'obbligo. Nell'elaborazione del PTFP l'Azienda ha svolto un'attenta analisi sulla programmazione dell'attività aziendale di attuazione anche della parte relativa alle risorse umane dedicate al territorio secondo la programmazione operativa zonale, sulla definizione degli obiettivi e sulla verifica del rispetto dei vincoli sulla spese del costo del personale, derivanti da vincoli nazionali e regionali. Il PTFP inizia dalla rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente in termini quantitativi, accompagnata dalla descrizione del personale in servizio suddiviso in relazione ai profili professionali presenti a tempo indeterminato e determinato.

Di seguito è riportata la dotazione del personale a dicembre 2024 rispetto a quella del 2019, raggruppata per profilo professionale.



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

- capacità assunzionale calcolata sulla base dei vigenti vincoli di spesa che, ai sensi dell'art. 11, comma 1, del decreto legge 30/04/2019 n. 35, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 25 giugno 2019, n. 60, per la Regione Toscana il limite di spesa per il personale delle Aziende e degli Enti del SSR ammonta, a 2 livello regionale, al valore della spesa prevista dall'articolo 2 comma 71 della legge 23 dicembre 2009 n. 191, cioè quella corrispondente all'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 %, essendo più favorevole rispetto al valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, a cui si aggiunge, a livello regionale e a decorrere dal 2019, un importo pari al 10% dell'incremento annuale del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente, per un valore totale di € 2.376.242.127,00 fino al 2023;
- valutare il trend delle cessazioni sia per quanto riguarda i pensionamenti che le cessazioni volontarie;
- l'evoluzione dei bisogni assunzionali legati sia alla digitalizzazione dei processi che all'inserimento di personale qualificato;
- l'attivazione e l'importanza della Employee Onboarding Experience, cioè introdurre i nuovi assunti e spiegare loro tutte quelle che sono le loro responsabilità, nonché cosa l'Azienda si aspetta e aspetterà da loro, creando un percorso di inserimento chiaro e trasparente in modo di mantenere alto il livello di entusiasmo e produttività
- investire sul proprio personale sia nella direzione di potenziamento delle risorse e della loro qualificazione sia affinché possa essere accresciuto il livello di benessere organizzativo.
- la corretta programmazione delle risorse consente ai responsabili di pianificare la delega delle attività tenendo conto delle competenze, della disponibilità e della capacità dei dipendenti e la corretta pianificazione evita l'assunzione di nuovi talenti inutilmente, concentrandosi invece sull'utilizzo ottimale del capitale umano disponibile;
- il rispetto degli standard sull'assistenza ospedaliera definiti dalla normativa nazionale di cui al decreto del Ministero della salute 2 aprile 2015, n. 70 e sull'assistenza territoriale in attuazione del decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022 n. 77, nonché nel rispetto delle direttive regionali in materia;

Formazione del personale

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

Tali strategie, già richiamate nel paragrafo 2, sono in particolare tese a rendere coerente la formazione erogata con la pianificazione aziendale, consentendo ai Dipartimenti di assumere piena responsabilità nella individuazione di quali sono (nella propria filiera professionale e produttiva) le competenze tecniche e trasversali da sviluppare. Oltre alla progettualità dei Dipartimenti l’Azienda porta avanti, nella pianificazione formativa, anche delle priorità di livello trasversale che riguardano nel presente periodo, in particolare;

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

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

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

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

MONITORAGGIO

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

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

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

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

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

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

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

ALLEGATI

Allegato 1: personale per ruolo e genere

Allegato 2: sistema di monitoraggio del PIAO

Allegato 3: obblighi di pubblicazione e mappatura processi_anticorruzione e trasparenza

Allegato 4: Piano triennale del fabbisogno di personale 2025-2027

Elenco firmatari

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

Questo documento è stato firmato da:

NOME: GIAN LUIGI FERRI

DATA FIRMA: 30/01/2025 19:50:25

IMPRONTA: 37386434346634333964653938306466336336396361383963383339666337333236313461373562