

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

n. 0000065 del 24/01/2025

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. Programmazione strategica	
OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2025 - 2027 (PIAO)	
L' Estensore Pierattelli Sonia	
Il Dirigente e il Responsabile del Procedimento, con la sottoscrizione della proposta di delibera, di pari oggetto n. 0000088 del 24/01/2025 <i>Hash pdf (SHA256): 37ec6ba867f77c55f0976cbf95b165175ebcaa7f25c5ef05d320b97b5fab06ed</i> attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed utile per il servizio pubblico. Il presente provvedimento contiene un trattamento di categorie particolari di dati personali: No Il Responsabile del Procedimento: Pierattelli Sonia Il Dirigente: Scartoni Giovanni Ulteriori firmatari della proposta:	
Il Funzionario addetto al controllo di budget, con il visto della proposta di delibera di pari oggetto n. 0000088 del 24/01/2025 <i>Hash pdf (SHA256): 37ec6ba867f77c55f0976cbf95b165175ebcaa7f25c5ef05d320b97b5fab06ed</i>	
Il Direttore Amministrativo F.F. - Dott. Giovanni Scartoni	Firmato digitalmente in data 24/01/2025
La Direttrice Sanitaria - Dott.ssa Assunta De Luca	Firmato digitalmente in data 24/01/2025
La Direttrice dei Servizi Sociali - Dott.ssa Patrizia Castellucci	Firmato digitalmente in data 24/01/2025
La Direttrice Generale F.F. Dott.ssa Antonella Valeri Firmato digitalmente in data 24/01/2025	

STRUTTURE ASSEGNATARIE DEL PRESENTE ATTO:

IL DIRETTORE UOC PROGRAMMAZIONE STRATEGICA

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"* e s.m.i;

VISTA la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 *"Disciplina del Servizio Sanitario Regionale"* e s.m.i.;

VISTO il decreto legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021 n° 113 *"Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia"* (Decreto Reclutamento) che, all'art. 6 prevede che:

- per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012 n° 190 (comma 1);
- le pubbliche amministrazioni pubblicano il Piano e i relativi aggiornamenti entro il 31 gennaio di ogni anno nel proprio sito internet istituzionale e li inviano al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale (comma 4);
- in caso di mancata adozione del Piano trovano applicazione le sanzioni di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, ferme restando quelle previste dall'articolo 19, comma 5, lettera b), del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114 (comma 7);

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022 n. 81 con cui è stato approvato il *"Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione"*, adottato in ottemperanza all'art. 6, comma 5 del decreto legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021 n. 113 che all'art. 1, comma 1 stabilisce che sono soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), gli adempimenti inerenti ad una serie di atti di programmazione;

CONSIDERATO che il decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022 n. 81 ha provveduto ad individuare gli adempimenti assorbiti nel Piano ma, allo stesso tempo non ha provveduto a sopprimere gli strumenti con cui tali adempimenti sono assicurati per cui, come previsto dal comma 2 dell'art. 1 del DPR sopra citato, tutti i richiami ai piani individuati al comma 1 sono da intendersi come riferiti alla corrispondente sezione del PIAO;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri Dipartimento Funzione Pubblica emanato in data 30 giugno 2022 n. 132 *"Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione"* con cui è stato adottato un *"Piano tipo"* quale strumento di supporto alle amministrazioni, ai sensi del comma 6 del decreto legge sopracitato, articolato in:

- **Premessa**
- **Sezione 1 – Scheda anagrafica dell'amministrazione**
- **Sezione 2 – Valore pubblico, performance e anticorruzione**
 - o Sottosezione: Valore pubblico
 - o Sottosezione: Performance
 - o Sottosezione: Rischi corruttivi e trasparenza
- **Sezione 3 – Organizzazione e capitale umano**
 - o Sottosezione: Struttura organizzativa

- Sottosezione: Organizzazione del lavoro agile
 - Sottosezione: Piano triennale dei fabbisogni del personale
 - Sottosezione: Formazione del personale
- **Sezione 4 – Monitoraggio**

PRESO ATTO della Circolare n. 2 del 11 ottobre 2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, relativa ad indicazioni operative in materia di Piano integrato di attività e organizzazione che prevede il caricamento e la pubblicazione del Piano nel “Portale PIAO”, messo a disposizione delle amministrazioni a partire dal 1 luglio 2022 da parte dello stesso Dipartimento;

RICHIAMATE le deliberazioni n. 608 del 29 aprile 2022, n. 75 del 27 gennaio 2023 e n. 93 del 29 gennaio 2024 con cui l’Azienda USL Toscana sud est ha approvato il Piano integrato di attività e organizzazione 2022 – 2024 (PIAO), il Piano integrato di attività e organizzazione 2023-2025 (PIAO) ed il Piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026 (PIAO);

DATO ATTO che il Piano ha durata triennale e viene aggiornato annualmente;

RICHIAMATA la deliberazione n. 706 del 21 giugno 2023 con cui è stato approvato il “Piano di Azioni Positive 2023 – 2025 (PAP)” in cui si era dato atto che lo stesso Piano di Azioni Positive sarebbe stato inserito nel PIAO 2024 – 2026, trattandosi di un adempimento assorbito nel PIAO stesso, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022 n. 81, ragion per cui il PAP 2023-2025 è stato inserito come allegato 2 del PIAO 2024-2026 e, essendo ancora vigente, viene riproposto come allegato 2 del PIAO 2025-2027;

RICHIAMATA la comunicazione prot. n. 0270384 del 8 novembre 2024 della Direttrice Amministrativa con cui, sulla falsariga degli anni precedenti, è stato costituito un Gruppo di Lavoro aziendale per la redazione del Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027;

DATO ATTO che, al fine di favorire la più ampia partecipazione alla programmazione dell’Azienda mediante il coinvolgimento di cittadini e stakeholder, la bozza di Piano anticorruzione e, di conseguenza l’intero PIAO 2025-2027, è stata sottoposta ad apposita procedura aperta di partecipazione mediante pubblicazione sul sito dell’Azienda USL Toscana sud est con invito a formulare in merito proposte o suggerimenti per otto giorni consecutivi, dal 14 al 22 gennaio 2025 e che, ad una verifica successiva al termine di scadenza, la procedura ha esitato la totale assenza di segnalazioni/osservazioni riguardo al documento;

DATO ATTO che, in ossequio al decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 - *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*, artt. 12 e 14, la bozza di PIAO 2025-2027, comprensiva della sezione relativa alla Performance, è stata trasmessa all’Organismo indipendente di valutazione (OIV) in data 14 gennaio 2025;

PRESO ATTO che, con comunicazione a firma congiunta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza, prot. n. 0012251 del 16 gennaio 2025, la bozza di Piano è stata inviata al Comitato di partecipazione aziendale;

PRESO ATTO che, a seguito della riunione tra i componenti dell’Organismo indipendente di valutazione e i Referenti aziendali delle sottosezioni “Performance”, “Rischi corruttivi e trasparenza” e “Organizzazione e capitale umano” del 22 gennaio 2025, l’OIV, con verbale trasmesso il 24 gennaio 2025 *“osserva che trovare una coerenza tra le parti di cui si compone il PIAO, al fine di renderlo un documento integrato ed organico, è un’attività molto complessa e che il PIAO della ASL risponde a questa esigenza, pertanto esprime parere favorevole senza osservazioni”*;

DATO ATTO che, nel corso della riunione sopra citata, come riportato nel relativo verbale, l'OIV esprime altresì alcuni "suggerimenti" all'Azienda relativi a:

- Nella sottosezione "Performance" inserire la data del 28 febbraio come obbligo del nuovo Sistema di Misurazione e valutazione della Performance (SMVP);
- Nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" inserire i numeri relativi alle segnalazioni di cui all'istituto "Whistleblowing" e citare la possibilità di ricorrere anche a canali esterni rispetto a quelli aziendali;
- Al fine di facilitare la visione da parte di un utente esterno, evidenziare nel contesto generale degli obiettivi quelli che assolvono al compito di coerenza tra sottosezioni "Performance" e "Rischi corruttivi e trasparenza";

DATO ATTO che i suggerimenti formulati dall'Organismo Indipendente di valutazione nella seduta del 22 gennaio 2025 sono stati accolti ed inseriti nel documento allegato;

RITENUTO OPPORTUNO, pertanto, procedere all'approvazione, entro il termine del 31 gennaio 2025, del Piano integrato di attività e organizzazione 2025 - 2027 (PIAO) la cui redazione è stata curata dal Gruppo di Lavoro sopra citato, ciascuno per la parte di propria competenza;

ATTESTATA la legittimità e la regolarità formale e sostanziale della presente proposta;

PROPONE ALLA DIRETTRICE GENERALE F.F.

per quanto espresso in premessa che qui si intende integralmente riportato:

DI APPROVARE il Piano integrato di attività e organizzazione 2025 - 2027 (PIAO) che costituisce allegato parte integrante e sostanziale del presente atto e, contestualmente, di approvare il Piano della performance, il Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il Piano triennale dei fabbisogni del personale rispetto ai quali il decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022 n. 81 ha provveduto ad individuare gli adempimenti assorbiti nel Piano, ma non a sopprimere gli strumenti con cui tali adempimenti sono assicurati;

DI DARE ATTO che, pertanto, il Piano integrato di attività e organizzazione 2025 - 2027 (PIAO) risulta così articolato:

- **Premessa**
- **Sezione 1 – Scheda anagrafica dell'amministrazione**
- **Sezione 2 – Valore pubblico, performance e anticorruzione**
 - o Sottosezione: Valore pubblico
 - o Sottosezione: Piano della Performance
 - o Sottosezione: Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza
- **Sezione 3 – Organizzazione e capitale umano**
 - o Sottosezione: Struttura organizzativa
 - o Sottosezione: Organizzazione del lavoro agile
 - o Sottosezione: Piano triennale dei fabbisogni del personale
 - o Sottosezione: Formazione del personale
- **Sezione 4 – Monitoraggio**

DI PREVEDERE, contestualmente all'approvazione del presente atto, la pubblicazione nel sito internet aziendale e il caricamento e la pubblicazione del Piano nel "Portale PIAO" reso disponibile dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

DI TRASMETTERE il presente atto a tutte le strutture coinvolte nel Gruppo di Lavoro sopra citato e a tutte le macrostrutture aziendali;

DI STABILIRE che l'adozione del presente atto non comporta oneri aggiuntivi per l'Azienda;

DI DICHIARARE la immediata eseguibilità della presente deliberazione, ai sensi della Legge 24 febbraio 2005, n. 40 art. 42, in considerazione della necessità di garantire l'adozione prevista entro il 31 gennaio 2025 e il compimento dei successivi adempimenti;

DI DARE ATTO che, ai sensi dell'art. 6 della Legge 7 agosto 1990 n. 241 e s.m.i., il responsabile del procedimento è la Dott.ssa Sonia Pierattelli della UOC Programmazione strategica;

Il Direttore UOC Programmazione strategica
(Dott. Giovanni Scartoni)

LA DIRETTRICE GENERALE F.F.

PRESO ATTO della nota della Regione Toscana Prot. n. AOOGR 0621180 del 28 novembre 2024 (prot. aziendale n. 0289198 del 28 novembre 2024) con cui il Presidente della Giunta Regionale, al fine di garantire la piena funzionalità dell'Azienda Usl Toscana sud est a seguito delle dimissioni presentate dal Dott. Antonio D'Urso, già Direttore Generale, comunica alla Dott.ssa Antonella Valeri il subentro nelle funzioni di Direttore Generale dell'Azienda Usl Toscana sud est a decorrere dal 1 dicembre 2024 fino alla nomina del nuovo Direttore Generale e, comunque, non oltre la data del 29 gennaio 2025, in ottemperanza a quanto previsto dal citato Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, art. 3 bis comma 2;

RICHIAMATA la deliberazione n. 1274 del 29 novembre 2024 di subentro della Direttrice Amministrativa, Dott.ssa Antonella Valeri, alle funzioni di Direttore Generale a far data dal 1 dicembre 2024, dando atto che per l'esercizio delle funzioni sono sommati i poteri di rappresentanza legale, nonché quelli di gestione che la legge e il vigente Regolamento di organizzazione riservano al Direttore Generale;

LETTA e VALUTATA la sopra esposta proposta di deliberazione presentata dal Direttore UOC Programmazione strategica avente ad oggetto: "Approvazione del Piano integrato di attività e organizzazione 2025 – 2027 (PIAO)";

PRESO ATTO dell'attestazione della legittimità, nonché della regolarità formale e sostanziale, espressa dal Dirigente che propone il presente atto;

VISTO il parere favorevole della Direttrice Amministrativa, della Direttrice Sanitaria e della Direttrice dei Servizi Sociali

DELIBERA

per quanto sopra premesso, da intendersi qui integralmente trascritto e riportato:

DI APPROVARE il Piano integrato di attività e organizzazione 2025 - 2027 (PIAO) che costituisce allegato parte integrante e sostanziale del presente atto e, contestualmente, di approvare il Piano della performance, il Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il Piano triennale dei fabbisogni del personale rispetto ai quali il decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022 n. 81 ha

provveduto ad individuare gli adempimenti assorbiti nel Piano, ma non a sopprimere gli strumenti con cui tali adempimenti sono assicurati;

DI DARE ATTO che, pertanto, il Piano integrato di attività e organizzazione 2025 - 2027 (PIAO) risulta così articolato:

- **Premessa**
- **Sezione 1 – Scheda anagrafica dell'amministrazione**
- **Sezione 2 – Valore pubblico, performance e anticorruzione**
 - o Sottosezione: Valore pubblico
 - o Sottosezione: Piano della Performance
 - o Sottosezione: Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza
- **Sezione 3 – Organizzazione e capitale umano**
 - o Sottosezione: Struttura organizzativa
 - o Sottosezione: Organizzazione del lavoro agile
 - o Sottosezione: Piano triennale dei fabbisogni del personale
 - o Sottosezione: Formazione del personale
- **Sezione 4 – Monitoraggio**

DI PREVEDERE, contestualmente all'approvazione del presente atto, la pubblicazione nel sito internet aziendale e il caricamento e la pubblicazione del Piano nel "Portale PIAO" reso disponibile dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

DI TRASMETTERE il presente atto a tutte le strutture coinvolte nel Gruppo di Lavoro sopra citato e a tutte le macrostrutture aziendali;

DI STABILIRE che l'adozione del presente atto non comporta oneri aggiuntivi per l'Azienda;

DI DICHIARARE la immediata eseguibilità della presente deliberazione, ai sensi della Legge 24 febbraio 2005, n. 40 art. 42, in considerazione della necessità di garantire l'adozione prevista entro il 31 gennaio 2025 e il compimento dei successivi adempimenti;

DI DARE ATTO che, ai sensi dell'art. 6 della Legge 7 agosto 1990 n. 241 e s.m.i., il responsabile del procedimento è la Dott.ssa Sonia Pierattelli della UOC Programmazione strategica;

DI INCARICARE la UOC Affari Generali:

- di provvedere alla pubblicazione all'Albo on line, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge n. 69/2009, consultabile sul sito WEB istituzionale;
- di trasmettere il presente atto, contestualmente alla sua pubblicazione, al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art. 42, comma 2, legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i..

La Direttrice Generale f.f.
(Dott.ssa Antonella Valeri)



Azienda USL Toscana Sud Est

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

ANNO 2025-2027

INDICE

Premessa	2
SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	2
VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	13
Valore pubblico	13
Piano della Performance.....	33
Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza	39
Il programma della Trasparenza	75
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	81
Struttura organizzativa	81
Organizzazione del lavoro agile	83
Piano triennale dei fabbisogni di personale	84
Formazione del personale.....	85
MONITORAGGIO.....	93
ALLEGATI.....	96

Premessa

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

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

Il principio che guida la definizione del PIAO è ispirato alla volontà di superare la molteplicità, e conseguente frammentazione, degli strumenti di programmazione oggi in uso ed introdotti in diverse fasi dell'evoluzione normativa. Il PIAO rappresenta pertanto una sorta di "testo unico" della programmazione, nella **prospettiva di semplificazione e visione integrata** rispetto alle strategie da adottare. Il documento è finalizzato a promuovere la qualità e la trasparenza da parte dell'Azienda, migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e attivare una progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso, nel rispetto del d.lgs. 150/2009 e della legge 190/2012. Il Piano, redatto di concerto con gli altri atti di programmazione economico-finanziaria, è un documento di pianificazione triennale con programmazione delle attività per l'anno 2025.

La bozza di Piano viene sottoposta ad apposita procedura aperta di partecipazione mediante pubblicazione sul sito dell'Azienda con invito a formulare proposte o suggerimenti per otto giorni consecutivi, dal 14 gennaio 2025 al 22 gennaio 2025.

Alla scadenza del termine, la procedura ha esitato che non sono pervenute osservazioni e/o proposte di integrazioni da parte di cittadini e stakeholders.

Il documento è stato inoltre trasmesso al Comitato di Partecipazione dell'Azienda USL Toscana sud est in data 16 gennaio 2025 e, alla data del 22 gennaio 2025 non sono state presentate osservazioni e/o proposte di integrazioni.

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

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

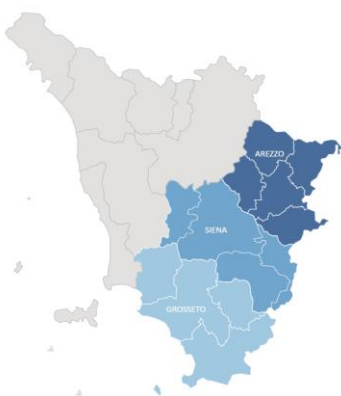
L'azienda assume la denominazione di "Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Sud Est", ha sede legale in Arezzo, in Via Calamandrei 173, ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

Le sedi operative dell'Azienda sono stabilite come segue:

- Sede Operativa Arezzo Via Piero Calamandrei 173 – Arezzo
- Sede Operativa Siena Piazza Rosselli 26 – Siena
- Sede Operativa Grosseto Via Belgio 19– Grosseto

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

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



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

Popolazione ISTAT post-censuaria al 01/01/2024 - Fonte ISTAT

Zone/province di residenza	Femmine	Maschi	Totale
Alta Val d'Elsa	31.395	30.458	61.853
Senese	64.028	59.495	123.523
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	38.149	36.467	74.616
Provincia di Siena	133.572	126.420	259.992
Casentino	16.705	16.797	33.502
Val Tiberina	14.561	14.107	28.668
Val di Chiana Aretina	25.465	24.308	49.773
Aretina	65.269	62.007	127.276
Valdarno	47.855	46.270	94.125
Provincia di Arezzo	169.855	163.489	333.344
Colline dell'Albegna	24.696	23.155	47.851
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	86.125	81.826	167.951
Provincia di Grosseto	110.821	104.981	215.802
AUSL Toscana sud est	414.248	394.890	809.138

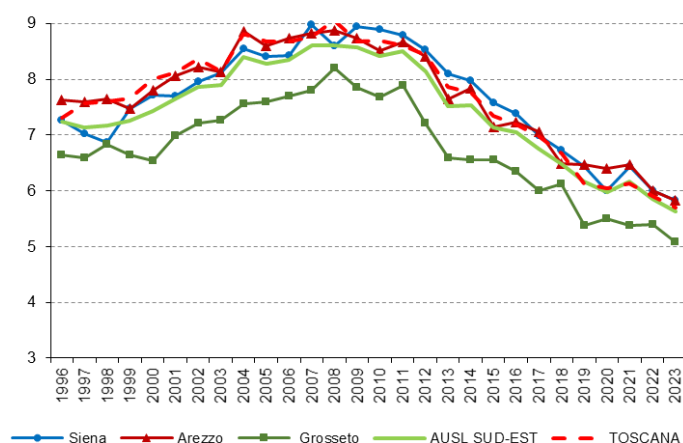
La AUSL Toscana sud est è caratterizzata da un territorio molto vasto al cui interno si trovano ampie aree scarsamente abitate, è frazionato infatti in 99 comuni molti dei quali di piccole dimensioni: ben 52 comuni contano meno di 5000 abitanti mentre solo i tre comuni capoluogo superano i 50.000. Complessivamente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

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

Infatti, se la Toscana è tra le regioni più anziane in Italia, questa porzione del suo territorio si caratterizza per una quota di residenti di età maggiore a 64 anni, superiore alla media regionale: oltre una persona su quattro (27%) ha più di sessantacinque anni e il 5% della popolazione è costituito da quelli che vengono definiti i grandi anziani (85 anni e oltre). All'interno della AUSL Toscana sud est, le Zone dove la proporzione di popolazione anziana è maggiore sono le Colline dell'Albegna (32%), la Val Tiberina e l'Amiata Senese e Val d'Orcia (30%).

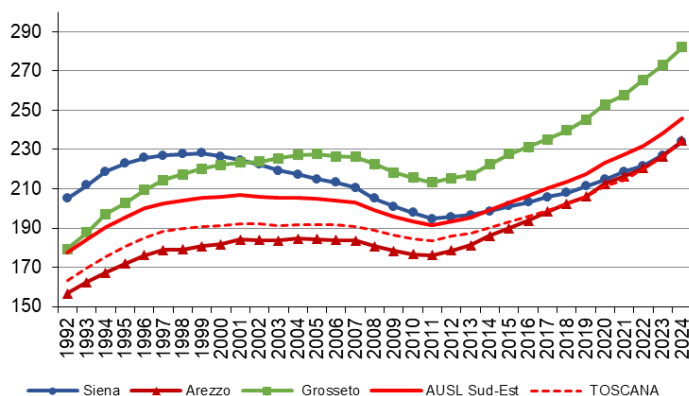
Molto marcato in questa AUSL, come nel resto della regione, a partire dal 2008, è stato anche il calo della natalità legato agli effetti della crisi economica ed alla riduzione del numero di donne in età fertile; nel 2023 il tasso di natalità continua a scendere (5,6 nati per 1.000 abitanti); tutte le zone presentano bassi livelli di natalità, la denatalità più marcata si osserva nella provincia grossetana (5,1 nati per 1.000 abitanti) e in particolare nella zona delle Colline dell'Albegna dove si scende a 4,5 nati per 1.000 abitanti.

Trend tasso di natalità (nati/pop. totale per 1.000) per residenza. Anni 1996-2023



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

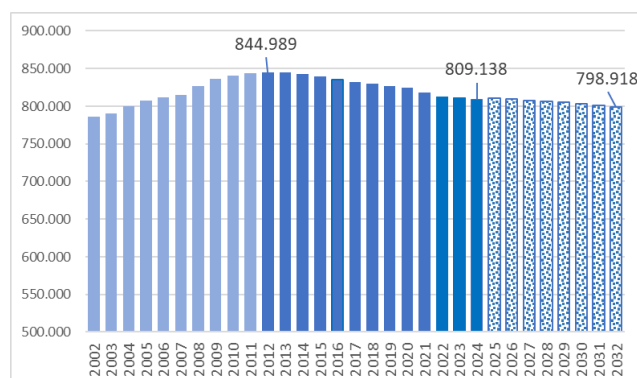
Trend indice di vecchiaia (pop. 65+/pop. 0-14) per residenza. Anni 1997-2024



Nella AUSL Toscana sud est il crollo della natalità sarebbe stato ben più drammatico senza il contributo della popolazione migrante: il 18% dei nati è di cittadinanza estera, percentuale che nell'Amiata grossetana raggiunge il 34%. Complessivamente nella AUSL Toscana sud est, al 01/01/2024, i residenti di cittadinanza estera sono 87.188 pari al 10,8% della popolazione, dato in leggero aumento rispetto all'anno precedente (+ 2%).

La figura seguente mostra come la popolazione della AUSL Toscana sud est, per le dinamiche viste sopra, sia andata progressivamente diminuendo nell'ultimo decennio e le stime ISTAT mostrano che tale andamento sarà confermato anche nei prossimi anni.

Popolazione residente al 01/01 di ogni anno nella AUSL Toscana sud est. Dati definitivi dal 2002 al 2024, e stime dal 2025 al 2032 - Fonte ISTAT

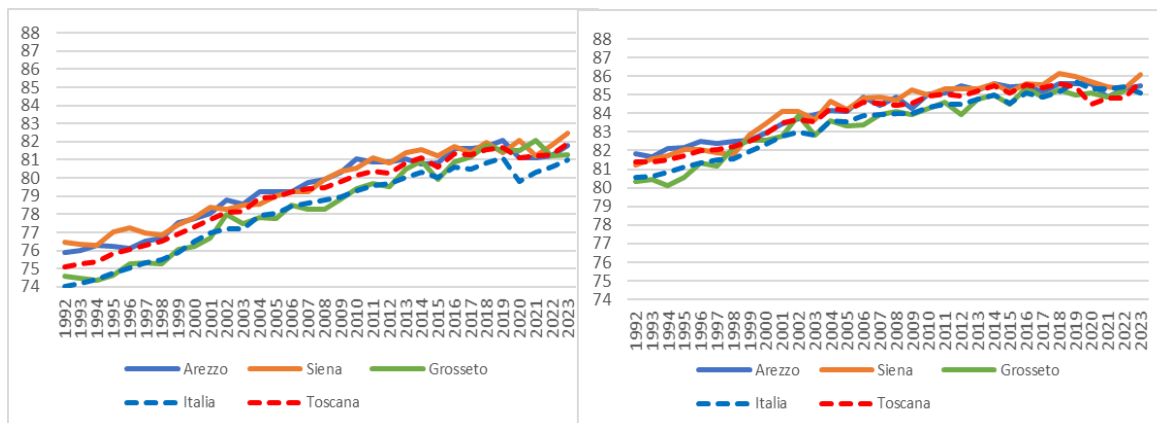


Per i principali indicatori dello stato di salute disponibili, in particolare la speranza di vita alla nascita, la mortalità generale, la mortalità prematura (prima dei 65 anni) e gli anni potenziali di vita persi, la AUSL Toscana sud est, si allinea ai valori medi regionali (peraltro molto buoni rispetto alla media nazionale). Un importante indicatore di sintesi dello stato di salute è la speranza di vita alla nascita (vedi figura seguente) che ha subito una diminuzione, evidente soprattutto a livello nazionale, nel 2020 a causa della pandemia da Covid-19 per poi riprendere il trend in crescita. I valori delle tre provincie risultano piuttosto allineati, Siena è la provincia con la speranza di vita più elevata in entrambi i sessi Grosseto quella con i valori più bassi, in particolare tra i maschi anche se differenze negli anni sono andate sensibilmente riducendosi.

Trend speranza di vita alla nascita per residenza e sesso – Anni 1992-2023

MASCHI

FEMMINE



Dato l'invecchiamento della popolazione è in notevole aumento il numero di persone affette da patologie croniche la cui gestione efficace nel territorio e la messa in campo di azioni di prevenzione dei fattori di rischio modificabili saranno obiettivi imprescindibili per garantire, negli anni futuri, la tenuta del sistema sanitario. Per quanto riguarda una stima della prevalenza delle principali cronicità (ottenuta da dati di fonte corrente e quindi influenzabili anche da eventuali disomogeneità nell'offerta di servizi oltre che da un diverso stato di salute) si rilevano tassi di prevalenza in aumento negli anni e costantemente superiori alla media regionale per l'ipertensione, con eccessi che si concentrano soprattutto nella provincia di Arezzo; sempre nella provincia di Arezzo si concentrano eccessi per pregresso ictus mentre la prevalenza di scompenso, in diminuzione, ma superiore alla media regionale è maggiore nella provincia grossetana; in aumento e in linea con i valori medi regionali la prevalenza di insufficienza renale e di diabete.

Tenuto conto di tutte queste caratteristiche geografiche e demografiche, sul territorio aziendale sono presenti oltre 20 **Case della Salute e/o le Case della Comunità**, luoghi dove i cittadini trovano servizi socio-sanitari di base e ove vi lavora un team multi professionale formato da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, infermieri, personale sociale e amministrativo, distribuite nelle varie zone della AUSL.

Lo sviluppo delle Case della Comunità si pone in linea di continuità rispetto alla sperimentazione e successiva implementazione del modello delle Case della Salute già realizzate sul territorio toscano.

Nel DM 77/2022 infatti la Casa di Comunità è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria ed è il modello organizzativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

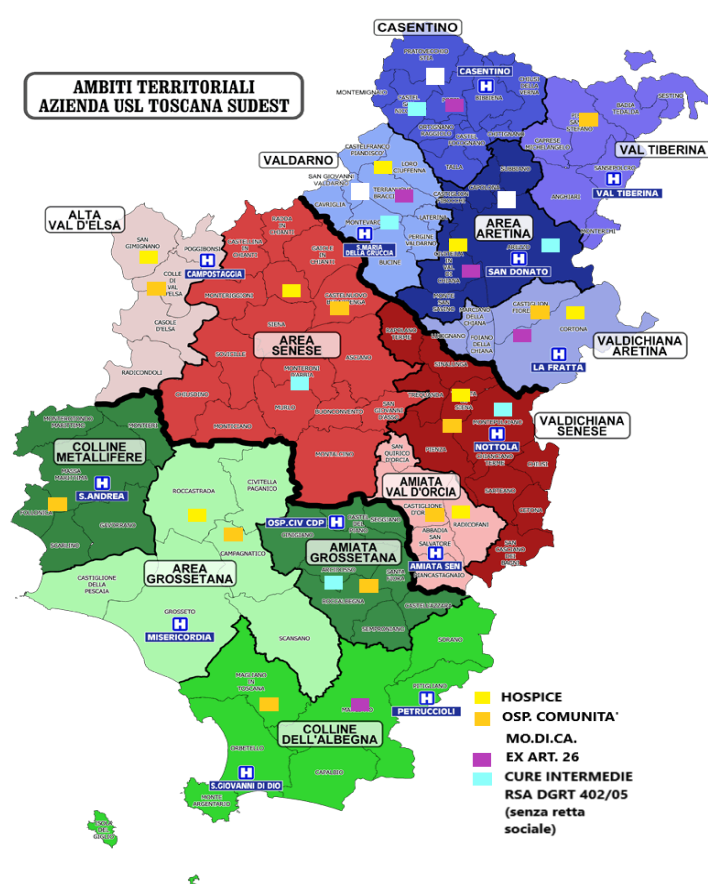
Nella tabella seguente si riporta la situazione a fine anno 2024:

Zona	Case della Salute / Case della Comunità
Aretina	CASA DELLA SALUTE Civitella Valdichiana - Badia al Pino
	CASA DELLA COMUNITA' Subbiano
	CASA DELLA SALUTE Arezzo
Casentino	CASA DELLA SALUTE Castel Focognano - Rassina
	CASA DELLA COMUNITA' Pratovecchio - Stia
	CASA DELLA COMUNITA' Poppi
Valtiberina	CASA DELLA SALUTE Anghiari
	CASA DELLA SALUTE Caprese Michelangelo - Pieve Santo Stefano
	CASA DELLA SALUTE Sansepolcro "Borgo"
Valdarno	CASA DELLA SALUTE Bucine
	CASA DELLA SALUTE Terranuova Bracciolini
	CASA DELLA SALUTE San Giovanni Valdarno
	CASA DELLA SALUTE Castelfranco Piandiscò
Val di Chiana Aretina	CASA DELLA COMUNITA' Valdichiana Aretina - Castiglion Fiorentino
	CASA DELLA COMUNITA' Cortona Camucia
	CASA DELLA COMUNITA' - Foiano della Chiana
	CASA DELLA COMUNITA' Abbadia San Salvatore

Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	CASA DELLA SALUTE Chiusi
	CASA DELLA SALUTE Montepulciano
	CASA DELLA COMUNITA' Sinalunga
Alta Val d'Elsa	CASA DELLA SALUTE Alta val del Elsa Poggibonsi
Senese	CASA DELLA SALUTE Senese
	CASA DELLA SALUTE Montalcino
Colline dell'Albegna	CASA DELLA SALUTE Pitigliano
	CASA DELLA COMUNITA' Manciano
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	CASA DELLA SALUTE Follonica
	CASA DELLA COMUNITA' Castel del Piano

Fanno parte della rete territoriale aziendale anche 31 **AFT** - Aggregazioni funzionali territoriali di medici di medicina generale, che garantiscono per l'intera giornata l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, la Sanità di Iniziativa e la presa in carico del paziente con bisogni complessi, la promozione della salute. Sono attivi sul territorio anche **Ospedali di Comunità**, cioè strutture sanitarie di ricovero della rete assistenziale territoriale che svolgono una funzione intermedia tra domicilio e ricovero ospedaliero e gli **Hospice**, strutture di ricovero per le persone che hanno bisogno di cure palliative.

A tutto questo si associano i posti letto nelle Residenze Sanitari Assistenziali (RSA) con diversi livelli di ricovero e di trattamento offerti in base alle necessità dei pazienti.



I SETTING ORGANIZZATIVI FRUIBILI DAI TEAM:

- Distretti Zona/Società della Salute
- Stabilimenti Ospedalieri accorpati in Presidi Ospedalieri
- Aft
- Case della Salute /Case della Comunità
- Posti letto Ospedale di Comunità/Modulo di Continuità Assistenziale (MODICA)
- Posti Letto Hospice
- Posti Letto Riab ex art.26
- Rsa con moduli Base, Motorio Cognitivo, Stato Vegetativo

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante oltre 500 medici di base e 80 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione di circa 800.000 unità.

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

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

		Anno 2024		
Presidio Ospedaliero	Stabilimenti ospedalieri pubblici	PL totali	di cui ord	di cui DH/DS
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	OSPEDALI RIUNITI DELLA VAL DI CHIANA (Nottola – Montepulciano)	163	142	21
	PRESIDIO OSPEDALIERO AMIATA SENESE (Abbadia San Salvatore)	33	24	9
Po Val D'Elsa	OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA (Campostaggia – Poggibonsi)	171	143	28
	SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA (SPDC c/o AOUS)	8	8	0
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	OSPEDALE DEL CASENTINO (Bibbiena)	55	50	5
	OSPEDALE DELLA VALTIBERINA (Sansepolcro)	42	35	7
	OSPEDALE AREA ARETINA NORD (San Donato Arezzo)	468	413	55
	NUOVO OSPEDALE VALDICHIANA S. MARGHERITA (La Fratta – Cortona)	55	36	19
Po Valdarno	OSPEDALE NUOVO VALDARNO (Montevarchi)	171	153	18
	CENTRO RIABILITAZIONE TERRANUOVA B. SPA	72	72	0
Po Colline Dell'Albegna	OSPEDALE DI ORBETELLO	72	56	16
	OSPEDALE DI PITIGLIANO	25	19	6
Po Area Grossetana, Colline Metallifere ed Amiata Grossetana	OSPEDALE S. ANDREA MASSA MARITTIMA	68	56	12
	OSPEDALE CIVILE DI CASTELDELPANO	38	34	4
	OSPEDALE DELLA MISERICORDIA (Grosseto)	424	390	34
Totale azienda		1.865	1631	234

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

	2024		
Stabilimenti privato accreditato	PL totali	di cui ord	di cui DH/DS
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL (Arezzo)	95	95	0
CASA DI CURA SAN GIUSEPPE (Arezzo)	88	78	10
CASA DI CURA RUGANI (Siena)	80	74	6
Totale	263	247	16

Fonte dati Flussi Ministeriali - Modello HSP12 e HSP13 Anno 2024

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

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

Attività di Ricovero per Ospedale (ricoveri in regime ordinario e Day Hospital)

		Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Totale dimessi (ord+dh)	Totale dimessi (ord+dh)	Totale dimessi (ord+dh)	Totale dimessi (ord+dh)	Totale dimessi (ord+dh)	Totale dimessi (ord+dh)
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Abbadia SS	1.064	643	620	479	775	785
	Osp. Montepulciano	6.710	5.604	6.006	5.548	5.647	5.702
Po Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	7.188	5.691	6.128	6.392	6.713	6.374
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Osp. Bibbiena	2.684	2.187	2.493	2.165	2.229	2.129
	Osp. Sansepolcro	2.033	1.579	1.904	2.045	2.183	2.294
	Osp. Arezzo	21.482	17.890	19.756	19.957	19.720	19.442
	Osp. Cortona	2.155	1.466	842	1.336	1.639	1.908
Po Valdarno	Osp. Montevarchi	8.139	6.703	7.335	7.167	7.221	7.462
Po Colline Dell'Albegna	Osp. Orbetello	2.578	2.160	2.569	2.372	2.438	2.596
	Osp. Pitigliano	476	281	235	128	331	316
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Osp. Massa Marittima	2.673	2.224	2.617	2.639	2.833	2.924
	Osp. Casteldelpiano	618	505	519	526	537	575
	Osp. Grosseto	16.967	13.590	14.507	16.444	16.819	17.394
	Spdc C/O A.O. Senese	243	201	222	237	245	234
Totale		75.010	60.724	65.753	67.435	69.330	70.135

Fonte DWH SDO 15/01/2025

Interventi chirurgici per stabilimento

(Interventi Ordinari, Day Surgery e Ambulatoriali)

PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Abbadia SS	1.118	794	1.061	944	1.183	1.311
	Osp. Montepulciano	3.290	2.541	3.479	3.453	3.754	3.612
Po Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	3.630	2.902	3.898	4.182	4.854	4.831

PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Osp. Bibbiena	2.061	2.265	3.212	3.189	3.478	3.659
	Osp. Sansepolcro	2.514	2.210	2.312	2.649	3.227	3.659
	Osp. Arezzo	15.918	10.870	13.566	15.255	15.025	15.219
	Osp. Cortona	2.242	2.849	2.999	4.422	5.265	6.071
Po Valdarno	Osp. Montevarchi	6.847	5.251	6.286	6.196	6.472	6.962
Po Colline Dell'Albegna	Osp. Orbetello	2.475	2.220	2.833	2.727	3.351	3.492
	Osp. Pitigliano	207	108	191	289	225	242
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Osp. Massa Marittima	2.124	1.834	2.611	2.357	2.589	2.434
	Osp. Casteldelpiano	99	46	197	247	270	400
	Osp. Grosseto	13.566	10.740	13.166	15.496	17.934	18.901
	Totale	56.091	44.630	55.811	61.406	67.627	70.793

Fonte DWH Qlik Registro Operatorio Ormaweb e Roa 07/01/2025

Accessi di Pronto Soccorso per Ospedale

Presidio Ospedaliero	Stabilimento Ospedaliero	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
	Osp. Arezzo	76.837	47.644	52.505	61.021	63.959	64.480
	Osp. Bibbiena	15.123	10.106	11.480	12.811	12.356	13.020
	Osp. Cortona	13.154	9.010	9.543	11.342	11.827	12.301
	Osp. Sansepolcro	14.265	9.169	10.003	11.575	11.949	12.507
PO dell'Aretino, Casentino, Valtiberina e della Valdichiana Aretina		119.379	75.929	83.531	96.749	100.091	102.308
PO Valdarno	Osp. Montevarchi	37.552	25.473	31.988	36.395	36.066	35.489
PO Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	30.688	20.928	23.879	26.947	27.686	27.783
	Osp. Abbadia SS	6.575	4.621	4.788	5.738	6.417	6.644
	Osp. Montepulciano	26.977	17.546	20.514	23.459	24.227	25.441
PO dell'Amiata Senese, Val d'Orcia, Valdichiana Senese		33.552	22.167	25.302	29.197	30.644	32.085
	Osp. Orbetello	24.935	15.321	16.068	18.241	19.069	19.886
	Osp. Pitigliano	5.816	3.956	4.562	4.992	5.313	5.376
PO delle Colline dell'Albegna		30.751	19.277	20.630	23.233	24.382	25.262
	Osp. Casteldelpiano	8.284	5.807	6.371	7.360	8.292	9.011
	Osp. Grosseto	71.930	48.449	58.399	67.277	73.332	77.567
	Osp. Massa Marittima	14.955	10.916	12.478	14.564	15.487	15.585

PO dell'Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana	95.169	65.172	77.248	89.201	97.111	102.163
Totale complessivo	347.091	228.946	262.578	301.722	315.980	325.090

Fonte DWH PS 07/01/2025

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

(include visite, diagnostica per immagine, diagnostica di laboratorio, diagnostica strumentale, procedure, sono escluse le attività di PS, consulenze per interni, attività in Libera Professione)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Prov. Siena	2.959.442	2.626.312	3.321.491	3.227.437	3.425.103	3.492.194
Prov. Arezzo	5.344.754	4.433.747	5.798.012	5.627.588	5.793.219	5.915.177
Prov. Grosseto	2.819.291	2.289.851	2.824.758	3.012.277	3.233.091	3.391.872
Totale	11.123.487	9.349.910	11.944.261	11.867.302	12.451.413	12.799.243

Fonte DWH SPA 07/01/2025

Attività di assistenza domiciliare per tipo di percorso

Gli utenti presi incarico dal territorio nei vari tipi di percorso domiciliare e cure intermedie sono stati nell'anno 2024 oltre 35.000, seguiti nelle varie tipologie di percorso con l'ausilio di un team di professionisti che vanno dal medico, infermiere, fisioterapista, assistente sociale:

Cure domiciliari	Cure domiciliari	Cure domiciliari	Cure domiciliari	Cure domiciliari	Cure domiciliari	Cure domiciliari	UCPDOM	UCPDOM	UCPDOM			
ADI	ADP	AD solo sanitaria	Cure Intermedie attivate da ACOT	Cure Intermedie attivate da medico di distretto	Presa in carico per stati vegetativi	UVM Standard (PAP)	AD solo sanitaria	Cure Intermedie attivate da ACOT	Cure Palliative Domiciliari	Totale	di cui cure domiciliari	di cui UCPDOM
4.058	3.239	16.617	1.001	45	7	8.973	2	2	1.789	35.733	33.940	1.793

fonte: archivio regionale AD-RSA (rfc 115 rfc 118)

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

In tale ambito da evidenziare il risultato, nell' anno 2024 dell'indicatore PNRR SIAD05 - **Anziani 65+ anni trattati in AD** che è molto buono, essendo i pazienti presi in carico superiori al minimo richiesto dal target atteso.

ASL	N. anziani 65+	N. PIC	Target Asl 2024	Diff Asl	Totale Residenti	SIAD05 65+
USL SUD EST	26.190	32.853	24.337	1.853	221.102	11,85%

fonte: archivio regionale AD-RSA (rfc 115 rfc 118) PNRR LEA 2024

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

All'attività sopra descritta dobbiamo aggiungere tutti i servizi garantiti nei **Consultoriali**, nei servizi per la **Salute Mentale Adulti e Infanzia** nonché per le **Dipendenze** e nell'ambito dell'**Assistenza Sociale**.

I consultori dell'Azienda Toscana Sud Est hanno erogato oltre 130.000 prestazioni, per procreazione responsabile e contraccezione, per percorso nascita, per Legge 194/1978, per prevenzione oncologica e cervico-carcinoma, per disagio e promozione del benessere, attività in costante crescita.

Nell'ambito della Salute Mentale sono state invece erogate 378.000 prestazioni complessive fra ambito ambulatoriale, domiciliare, scuola, luogo di lavoro e penitenziario.

Il numero di persone prese in carico per Disturbo da Uso di Sostanze risulta in costante aumento, stessa cosa nell'ambito del Tabagismo, dipendenza da Alcool e Gioco d'Azzardo.

Inoltre da menzionare l'attività della **Prevenzione** nei suoi settori: igiene pubblica e della nutrizione, sanità pubblica e veterinaria, prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, con le strutture preposte alle attività di prevenzione collettiva e di tutela della salute pubblica dai rischi di origine ambientale, lavorativi, alimentari e di tutela della salute e del benessere degli animali.

VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Valore pubblico

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

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

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

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

- Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
- Indicatori del sistema di Valutazione della Performance Regionale del Laboratorio MeS;
- Indicatori definiti dalle Direzioni Regionali competenti

Inoltre per proseguire la propria missione, in continuità con quanto già avviato in precedenza e per migliorare sempre i servizi offerti ai propri cittadini, l'Azienda individua per il triennio **i seguenti obiettivi suddivisi nelle seguenti linee di indirizzo per le 4 aree strategiche** che saranno meglio dettagliati nell'allegato n. 1 al Piano:

1. ATTIVITA' E PERFORMANCE:

Proseguire con le azioni per il governo dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni

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

Intervenire con azioni di rafforzamento della rete ospedale-territorio

- ✓ Progettazione e implementazione delle Case della Comunità
- ✓ Adeguare i posti letto delle cure intermedie agli standard previsti

Incrementare le misure di prevenzione e sicurezza delle cure

- ✓ Sviluppare di tutte le misure di prevenzione e di igiene ospedaliera incluse le vaccinazioni
- ✓ Mantenere i risultati sulle attività screening

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

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

- ✓ Prosecuzione nello sviluppo delle azioni per il miglioramento della sicurezza nelle cure

- ✓ Prosecuzione delle attività relative alla certificazione di qualità dei processi amministrativi ed alla certificazione per la parità di genere come strumenti di semplificazione dei processi e di miglioramento della qualità del lavoro e dello sviluppo professionale
- ✓ Attenzione alla qualità percepita dall'utente (indagini PREMs e PaRIS)
- ✓ Attenzione alle politiche del personale: formazione, valorizzazione del personale, coinvolgimento delle multiprofessionalità nelle decisioni e nel confronto volto al miglioramento
- ✓ Formazione in ambito PNRR (competenze digitali, infezioni ospedaliere e fascicolo sanitario)
- ✓ Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza dell'organizzazione
- ✓ Promuovere le azioni di inclusione sociale e di accessibilità delle persone con disabilità

3.PROGETTI ORGANIZZATIVI DI INNOVAZIONE E SVILUPPO

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

- ✓ Potenziamento rete ospedaliera in sinergia con AOUS
- ✓ Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali
- ✓ Implementazione delle attività di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio) in coerenza con le indicazioni regionali per l'avvio della piattaforma di telemedicina regionale.
- ✓ Prosecuzione nel processo di informatizzazione: cartella clinica informatizzata, Sistema Informativo Territoriale Regionale (AsterCloud) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio
- ✓ Sviluppo di nuovi modelli organizzativi sia in ambito medico che chirurgico sostenibili, innovativi, flessibili (Lean Project)
- ✓ Mantenimento e miglioramento di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili per i vari fattori produttivi
- ✓ Valutazione della congruenza del parco tecnologico e informatico in termini di adeguatezza, efficienza e sostenibilità
- ✓ Promozione delle politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale, accessibilità digitale e accessibilità fisica
- ✓ Sviluppo progetti PNRR: progettazione e implementazione Case della Comunità, Ospedali di comunità
- ✓ Mantenimento o miglioramento della prescrizione elettronica e miglioramento sul numero di prescrittori con più di una prescrizione elettronica
- ✓ Mantenimento e miglioramento di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili per i vari fattori produttivi
- ✓ Completamento implementazione nuovo SW Gestionale del Personale dipendente e non e individuazione "standard" di fabbisogni per struttura

4. BUON USO DELLE RISORSE

- ✓ Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e all'utilizzo dei dispositivi medici con relativo governo della spesa
- ✓ Attenzione all'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di visita e diagnostica
- ✓ Miglioramento e/o mantenimento della distribuzione diretta
- ✓ Miglioramento nella gestione dei beni sanitari e non sanitari
- ✓ Sviluppo progetti di efficientamento incluso quelli dei servizi Core e No Core

In particolare nell'ambito dell'**ATTIVITA' E PERFORMANCE** da evidenziare l'importante obiettivo del proseguire con le azioni per il governo dell'**appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie** e in particolare modo nell'attenzione al governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche.

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

Governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche

L'Azienda USLTSE intende proseguire i percorsi di governo in atto, in linea con le direttive regionali:

- **governo delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali e di diagnostica:** i) monitoraggio costante dei risultati del *catchment index* (misura della capacità di presa in carico delle prescrizioni di visite e indagini diagnostiche) e del rispetto dei tempi di attesa; ii) audit clinici con i medici per migliorare l'appropriatezza delle loro prescrizioni; iii) informazione mensile dei medici di medicina generale sul proprio tasso prescrittivo, specificatamente alle prestazioni monitorate; iv) audit clinici con gli specialisti per la presa in carico degli utenti con prescrizione diretta e contestuale prenotazione delle prestazioni di approfondimento e di controllo, al fine di ridurre l'inappropriatezza delle prescrizioni.
Ottemperanza della DGRT 604 del 06 maggio 2019 "Piano Regionale Governo Liste di Attesa" e Delibera GRT n. 1280 del 6 novembre 2023 "Progetto Clessidra - Progettazione specifica per l'abbattimento delle liste d'attesa nelle discipline particolarmente critiche".
- **governo delle liste di attesa chirurgiche:** i) mantenimento di uno stretto rapporto collaborativo tra la Direzione Strategica Aziendale e la Gestione Operativa a livello di Presidio Ospedaliero nel conseguimento degli obiettivi di appropriatezza delle classi di priorità cliniche e dell'adeguato scorrimento delle liste nel rispetto dei giusti tempi di attesa; ii) monitoraggio settimanale dei tempi di attesa e della numerosità dei pazienti in lista di attesa con attività di audit e reporting periodica; iv) attività trimestrale di recall e pulizia delle liste di attesa; v) monitoraggio della corretta implementazione del flusso informativo degli interventi chirurgici (RFC 165) e del flusso informativo dei ricoveri SDO (anche in collaborazione con RT) al fine di avere a disposizione dati corretti ed affidabili.

Governo dell'appropriatezza dell'attività di ricovero

Si conferma il rispetto delle indicazioni nazionali e regionali nel proseguire l'attenzione sull'appropriatezza organizzativa delle prestazioni mantenendo il monitoraggio sulle soglie di appropriatezza, con particolare riferimento a: i) percentuali soglia di ricoveri in Day hospital/Day Surgery rispetto al totale, da raggiungere per alcune tipi di DRG medici e chirurgici; ii) percentuali soglia relative agli interventi chirurgici erogabili nei regimi di Ricovero Ordinario, Day Surgery e Ambulatoriale o soltanto nel regime Ambulatoriale, riferite alle prestazioni individuate dalla normativa nazionale e regionale. Particolare attenzione è sempre mantenuta agli obiettivi specifici annuali del sistema regionale Bersaglio MeS e del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Obiettivi prioritari del triennio 2025-2027 per la sanità territoriale sono sicuramente lo sviluppo ulteriore della rete di collaborazione tra ospedale-territorio e la progressiva implementazione delle strutture territoriali in attuazione decreto Ministeriale 77/2022.

La progressione della trasformazione delle Case della salute in case della Comunità, come presentato nelle pagine precedenti, si accompagna al miglioramento della presa in carico dei pazienti soprattutto al proprio domicilio e nei presidi sanitari destinati alle cure intermedie che in base alla delibera di Regione Toscana n 1534 del 19/12/2024 sono individuati in **ODC (ospedali di comunità)** ad alta complessità assistenziale Low Care e a medio-bassa complessità la cui progressiva implementazione procede secondo le tempistiche del PNRR.

Di seguito la situazione attuale degli ODC e relativi posti letto:

Zona	Nome	Ubicazione	PL attuali
Aretina	OdC Arezzo - San Giuseppe	Arezzo VIA AURELIO SAFFI, 33	24

Zona	Nome	Ubicazione	PL attuali
Aretina Totale			24
Val di Chiana Aretina	Mo.di.C.A La Fratta	c/o PO Cortona LOC. FRATTA 145	12
	OdC Foiano della Chiana	Foiano della Chiana VIA UMBERTO I , 83	10
Val di Chiana Aretina Totale			22
Val Tiberina	OdC Valtiberina	c/o PO Sansepolcro VIA FRANCESCO REDI	10
Val Tiberina Totale			10
Valdarno	Mo.di.C.A. Valdarno	c/o PO Montevarchi LOC. LA GRUCCIA	18
Valdarno Totale			18
Grossetana, Amiata Grossetana, Colline Metallifere	OdC Amiata GR	c/o PO Castel del Piano VIA D.ALIGHIERI	10
	OdC CI Grosseto	c/o PO Grosseto VIA SENESE, 169	20
Grossetana, Amiata Grossetana, Colline Metallifere Totale			30
Alta Val D'Elsa	OdC CI Val D'Elsa	c/o PO Poggibonsi LOC.CAMPOSTAGGIA	12
Alta Val D'Elsa Totale			12
	OdC CI Nottola	c/o PO Montepulciano LOC.NOTTOLA	14
Amiata Senese e Valdorcia, Val di Chiana Senese Totale			14
	OdC CI Montalcino	Montalcino PRATO DELLO SPEDALE	11
	OdC CI Senese	Siena VIA CAMPANSI 18	12
Senese Totale			23
			153

Rimanendo nell'area strategica Attività e Performance, fondamentale è anche lo Sviluppo di tutte le **misure di prevenzione e igiene ospedaliera incluse le vaccinazioni**

Oltre all'obiettivo prioritario di garantire, attraverso la stretta collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta, le coperture vaccinali ottimali previste dal PNPV per le coorti di età dell'infanzia e adolescenza, per il triennio 2025/2027 si intende proseguire e rafforzare il progetto di vaccinazione dei soggetti a rischio sulla base Procedura Aziendale PA-REVA-001 del 03/07/2023.

Nel corso del 2024 sono stati avviati 4 ambulatori vaccinali interni ai presidi ospedalieri (San Donato di Arezzo, Campostaggia, Misericordia di Grosseto e Sansepolcro) che hanno visto la stretta collaborazione delle UUFF di Igiene Pubblica e Nutrizione, che organizzano le sedute, redigono il piano di vaccinazione individuale e garantiscono la somministrazione dei vaccini e i clinici ospedalieri che svolgono l'importante ruolo di counseling e promozione della prevenzione vaccinale sui propri pazienti fragili.

Per il triennio 2025/2027 si prevede un rafforzamento dei percorsi avviati per la vaccinazione intraospedaliera, attività di formazione del personale che opera nei reparti e dei MMG in merito alla prevenzione vaccinale dei pazienti a rischio.

Si prevede inoltre l'avvio di un percorso specifico per il recupero delle donne non vaccinate per Papilloma virus sfruttando l'accesso al primo screening per tumore alla cervice uterina.

In materia di prevenzione fondamentale è il tema **degli screening oncologici**;

in particolare per il 2025, il focus per gli screening oncologici sarà il mantenimento/miglioramento dei risultati ottenuti negli anni precedenti, sullo Screening del Carcinoma della Cervice, Screening Mammografico e Screening del Carcinoma del Colon-

Nell'ambito della **QUALITA' ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO, TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE**, particolare importanza rivestirà nel triennio il mantenimento e l'implementazione della **Certificazione di qualità dei processi tecnico-amministrativi nonché tutte le pratiche per il miglioramento della sicurezza nelle cure**.

Fondamentale nell'anno 2025 sarà la spinta ad una organizzazione ancora più integrata tra dipartimenti clinico-assistenziali, quelli delle professioni sanitarie, dei servizi e di tutte le macrostrutture come le Direzioni Mediche di Presidio e le Zone Distretto /Società della Salute, il dipartimento del Territoriale e dipartimento della Medicina Generale, il dipartimento della Prevenzione, gli Staff nonché con i Dipartimenti Tecnico-Amministrativi in un'ottica di forte integrazione fra professioni.

Prosecuzione nello sviluppo delle azioni per il miglioramento della sicurezza nelle cure

La sicurezza dell'utente è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi strategici e prioritari dell'Azienda Usl Toscana sud est. Lo sviluppo di interventi efficaci, in funzione di una clinical governance, necessita di un sistema integrato ed una cultura diffusa che consenta di intraprendere misure organizzative per la gestione dei servizi volta al perseguimento della qualità, efficacia, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni erogate.

In tale ottica a partire da Dicembre 2024, con prosecuzione nel 2025, l'Area Dipartimentale Qualità e Sicurezza delle Cure ha attivato 2 edizioni del corso per la formazione di facilitatori per la sicurezza delle cure nelle strutture residenziali socio-sanitarie, destinati agli operatori delle strutture residenziali socio-sanitarie accreditate, in accordo con quanto previsto dal Decreto Dirigenziale di Regione Toscana n. 24286 del 28/10/2024, con l'obiettivo di garantire la presenza di almeno un operatore sanitario dotato delle conoscenze e delle competenze atte a garantire e coordinare le attività per la sicurezza delle cure, supportare la direzione nella prevenzione e gestione dei rischi, come previsto dai requisiti di accreditamento. Inoltre, sempre nell'ottica di una diffusione capillare di una cultura della sicurezza delle cure, nel corso del 2025 sono previsti il corso per la formazione dei facilitatori per la sicurezza delle cure in ambito ospedaliero e territoriale ed il corso avanzato sui temi di qualità, autorizzazione e accreditamento per la formazione dei responsabili assicurazione qualità (RAQ).

Il processo valutativo volto al miglioramento della qualità dei servizi attraverso requisiti relativi a condizioni strutturali, organizzativi e di funzionamento che influiscono sulla qualità dell'assistenza secondo quanto stabilito dalla Legge Regionale 51/2009 e dalle disposizioni attuative del Regolamento 79/R del 2016) anche nel corso del 2025 sarà perseguito attraverso l'autovalutazione di tutti i servizi con la compilazione semestrale delle liste di autovalutazione in funzione del processo al quale appartengono con il supporto dell'AD Qualità e Sicurezza delle cure. Nel 2025 è previsto il rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale rilasciato da Regione Toscana.

Le Certificazioni ISO 9001:2015 rappresentano uno standard per i Sistemi di Gestione Qualità e specifica quali requisiti le organizzazioni o servizi devono possedere per dimostrare la propria capacità di fornire prodotti in grado di soddisfare le aspettative degli utenti e quelli imposti dalla legge e la propria attitudine a conseguire la loro soddisfazione. Nell'Azienda Usl sud est sono attualmente in vigore 18 certificazioni ISO 9001:2015. Il mantenimento o rinnovo del certificato in vigore prevede verifiche annuali da parte dell'Ente Certificatore e l'AD Qualità e Sicurezza delle cure, anche per il 2025 provvederà a supportare i servizi, ove necessario, alla preparazione della verifica, effettuare audit interni secondo la norma ISO 9001:2015 e garantire la presenza in sede di audit di parte terza. Si prevede l'implementazione di 2 nuove certificazioni nel corso del secondo semestre dell'anno. Inoltre, l'AD Qualità e Sicurezza delle Cure nell'ottica di una sempre più puntuale visione tra la qualità e la sicurezza delle cure continuerà anche nel 2025 l'attività di controllo di tutte le procedure redatte in Azienda.

Al fine di accrescere ulteriormente la circolarità fra la conoscenza delle possibili vulnerabilità rilevanti dal rapporto cittadino-Azienda Sanitaria e l'adozione delle azioni necessarie al loro contenimento, prosegue l'attività di risk reporting con la produzione di risk maps integrate su scala aziendale sul rischio sanitario legato a sinistri e reclami destinate alle Direzioni dei Dipartimenti Clinici, da estendersi alle Direzioni di Presidio e Zona Distretto.

Infine, nel 2025 è previsto il monitoraggio sullo stato di avanzamento delle azioni declinate nel Piano Aziendale Integrato per la Qualità e la Gestione del Rischio Sanitario, adottato con Delibera del Direttore Generale n.504 del 15/05/2024, e la conseguente revisione annuale.

Prosecuzione delle attività relative alla certificazione di qualità dei processi amministrativi ed alla certificazione per la parità di genere come strumenti di semplificazione dei processi e di miglioramento della qualità del lavoro e dello sviluppo professionale

Dopo l'avvio nei primi mesi dell'anno 2023, l'Azienda Usl Toscana Sud Est nel corso del 2024 ha proseguito il percorso finalizzato alla promozione ed implementazione del **Sistema di Gestione per la Qualità (SGQ) dei Dipartimenti tecnico-amministrativi**. Si tratta di un progetto piuttosto impegnativo che coinvolge n. 6 Dipartimenti, compreso lo Staff della Direzione Aziendale, con un numero rilevante di Unità Operative (n. 66) a cui sono assegnate oltre 1150 unità di personale. Nel 2023 è stata superata la verifica ispettiva effettuata da KIWA Cermet Italia S.p.A., ente terzo individuato con gara Estar per il rilascio delle certificazioni di qualità dei servizi del Sistema Sanitario Toscano. La certificazione rilasciata ha quindi validato l'impianto del Sistema Qualità ed è stata pienamente confermata nella successiva verifica di mantenimento, effettuata nel luglio 2024.

Allo stato attuale, pertanto, la norma UNI EN ISO 9001:2015 rappresenta un punto di riferimento fondamentale, in particolare per la Direzione Amministrativa e per la Direzione di Staff che intendono meglio relazionarsi con il territorio, con il contesto di riferimento e con il proprio sistema utente/fornitore interno ed esterno.

Per attivare il nuovo progetto sono stati inizialmente individuati i principali processi che regolano il funzionamento delle strutture aziendali coinvolte, ovvero i processi gestiti dalle strutture tecnico-amministrative, partendo dalla declaratoria delle funzioni attribuite con lo statuto e con i regolamenti aziendali: i processi sono stati quindi esaminati nella loro sequenza, nelle loro eventuali interazioni curandone l'analisi, la valutazione e la gestione dei rischi. Per i processi più significativi sono state redatte e pubblicate numerose procedure operative, che definiscono le modalità di esecuzione e controllo dei processi stessi e le responsabilità delle varie funzioni coinvolte. I diagrammi di flusso inseriti in ciascuna delle procedure rappresentano le interazioni e le sequenze tra i singoli processi / attività nonché le relazioni che si stabiliscono con le varie tipologie di utenti; le procedure riportano, inoltre, anche gli indicatori di processo e di esito per la misurazione della performance.

Nel primo semestre del 2024, oltre all'analisi dei singoli processi, è stato consolidato l'impianto complessivo del Sistema Gestione Qualità mediante redazione di documenti a valenza più ampia e generale (procedure di sistema), in linea con i fondamentali punti della norma ISO 9001 relativi alle varie fasi del Ciclo di Deming. Sono state quindi elaborate n. 6 procedure generali e trasversali, di seguito elencate: PA-QPIA-002 Analisi del contesto; PA-QPIA-003 Leadership; PA-QPIA-004 Gestione verifiche interne; PA-QPIA-005 Riesame della Direzione; PA-QPIA-006 Gestione delle non conformità ed azioni correttive.

La concreta applicazione delle procedure di sistema ha comportato ulteriori passaggi di tipo organizzativo ed operativo, compresa la formalizzazione di una rete aziendale di referenti e facilitatori della qualità per le varie strutture coinvolte nel progetto. La conduzione degli audit interni, avviata nello scorso mese di giugno 2024, si è rivelata piuttosto articolata sia per il numero di responsabili coinvolti sia per la eterogeneità delle funzioni svolte dalle diverse strutture, anche nell'ambito di un singolo Dipartimento. Le verifiche interne costituiscono in ogni caso uno strumento particolarmente importante, teso a misurare la maturità del sistema coinvolgendo tutti i professionisti in attività di autovalutazione ed audit al fine di dare evidenza all'effettiva applicazione delle procedure approvate e di approfondire i risultati ottenuti attraverso l'analisi degli indicatori.

Le procedure finalizzate alla progettazione del SGQ, inoltre, si sono rivelate di estrema utilità per mettere a fuoco e rendere operativi alcuni obiettivi di carattere generale connessi al sistema della qualità e allo specifico percorso di certificazione, di seguito indicati in sintesi:

- ✓ semplificazione delle procedure attraverso la re-ingegnerizzazione dei processi

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

In tale ottica sono state definite procedure e percorsi di semplificazione e di sostegno alle attività tecnico-amministrative, ricercando legami e collaborazioni con tutte le strutture coinvolte, in modo da operare quindi non più solo in vista del mero rispetto formale della norma, ma lavorando per risolvere i problemi ed esaudire, per quanto di propria competenza, i bisogni di orientamento e di assistenza dell'utente.

Gli obiettivi per la qualità dei Dipartimenti tecnico-amministrativi, per i prossimi anni, si pongono in continuità e coerenza con le azioni di pianificazione e programmazione aziendale, come definite nel presente Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) che conferma, anche per il triennio 2025-2027, quattro principali aree strategiche di intervento: attività e performance; qualità, accreditamento e rischio clinico, trasparenza ed anticorruzione; progetti organizzativi di innovazione e sviluppo; buon uso delle risorse.

E' noto che gli obiettivi strategici aziendali sono sviluppati mediante il processo di budget annuale, che coinvolge tutti i livelli organizzativi comprese le strutture afferenti ai Dipartimenti tecnico-amministrativi. Gli obiettivi di budget attribuiti annualmente alle singole strutture rappresentano quindi anche obiettivi per la qualità, poiché sono finalizzati alla promozione di efficienza, economicità, semplificazione e sicurezza dei processi, ponendosi quindi nell'ottica del miglioramento continuo.

Le linee di indirizzo per il budget 2025 prevedono, tra l'altro, la prosecuzione delle attività relative alla certificazione di qualità, come strumento essenziale di semplificazione dei processi, di miglioramento del lavoro e di sviluppo professionale. Questo implica l'ulteriore consolidamento del sistema, anche attraverso la definizione di nuove procedure che saranno elaborate con modalità digitali, mediante utilizzo della piattaforma iShare-doc appositamente potenziata con una nuova funzionalità; verrà inoltre posta particolare attenzione alle fasi di analisi e monitoraggio dei processi e dei relativi indicatori, attraverso strumenti di misurazione condivisi, per porre in essere le conseguenti azioni di miglioramento e sviluppo del sistema.

Particolare importanza, ai fini della promozione della qualità, rivestono inoltre tutte le iniziative in materia di anticorruzione e trasparenza, in particolare quelle mirate all'adozione di misure di prevenzione del rischio corruttivo, come individuate nella Sezione Prevenzione della Corruzione del presente PIAO.

Costituiscono obiettivi rilevanti, ai fini della promozione della qualità in ambito tecnico-amministrativo, anche alcuni progetti di innovazione e sviluppo confermati per l'anno 2025, tra i quali si richiamano in particolare:

- ✓ Prosecuzione nel processo di informatizzazione, con promozione e integrazione dei vari sistemi informativi;
- ✓ Mantenimento e miglioramento di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili per i vari fattori produttivi;
- ✓ Completamento e implementazione nuovo SW Gestionale del Personale con corretta attribuzione di tutto il personale dipendente e individuazione standard di fabbisogni del personale.

Le strutture tecnico-amministrative sono inoltre interessate, direttamente o indirettamente, a tutti gli aspetti di buon uso delle risorse economiche, sia in termini di efficientamento dei servizi sia in termini di valutazione, analisi e contenimento dei costi, compreso il rispetto dei budget assegnati. La politica e gli obiettivi per la qualità non possono infatti prescindere dall'utilizzo appropriato e corretto delle risorse economiche, garanzia di efficacia ed efficienza di qualsiasi attività aziendale.

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

Con la Delibera del Direttore Generale n.6 del 028/01/2024, l'Azienda ha completato il rinnovamento del **Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG)** che è l'organo che esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica, e si afferma come soggetto, attraverso il quale il legislatore, tenendo conto delle criticità esistenti,

Il Comitato Unico di Garanzia, ha redatto il **Piano triennale di Azioni Positive (PAP)**, documento mirato ad introdurre azioni positive all'interno del contesto di lavoro e approvato con delibera DG 706-2022 del 21-06-2024 con oggetto: PIANO DI AZIONI POSITIVE 2023-2025 (PAP) – DETERMINAZIONI (allegato n. 2 al presente documento), di cui molte azioni sono entrate nel GEP - Gender Equality Plan approvato con Delibera del Direttore Generale n° 1054 del 17/10/2023 avente oggetto APPROVAZIONE DEL GENDER EQUALITY PLAN (PIANO DI UGUAGLIANZA DI GENERE).

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

Nell'anno 2024 sono state realizzate le seguenti attività che dovranno vedere il loro seguito nel prossimo triennio

- **Rete Nazionale CUG:** partecipato ai lavori della Rete, a cui abbiamo aderito nel 2023 (Riferimento Delibera Direttore Generale n°1224 del 28/11/2023 avente oggetto: ADESIONE DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA DELL'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST ALLA RETE NAZIONALE DEI COMITATI UNICI DI GARANZIA)
- **CUG UNISI:** collaborazione per la realizzazione di eventi formativi congiunti (Delibera Direttore Generale n. 121 del 7 febbraio 2024, avente ad oggetto: "ACCORDO QUADRO DI COLLABORAZIONE SCIENTIFICA TRA L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SIENA E L'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST PER LA REALIZZAZIONE DI ATTIVITÀ DI RICERCA, STUDIO, FORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE NEL CAMPO DELLA LOTTA ALLA DISCRIMINAZIONE E DE&I MANAGEMENT")
- **Linguaggio di Genere:** come previsto nel Gender Equality Plan, Scheda n. 10 - Macro Area n. 1, con Delibera del Direttore Generale n. 140 del 12 febbraio 2024 è stato approvato il Documento "DIRETTIVE PER IL LINGUAGGIO DI GENERE"
- **Certificazione di Genere:** Kiwa Cermet italia SPA in data 21.10.2024 ha rilasciato all'Azienda USL Toscana sud est il certificato di conformità alla prassi di riferimento UNI/Pdr 125:2022 volta ad assicurare una politica di gender equality e la creazione di un ambiente lavorativo più inclusivo e meno discriminatorio. Kiwa Cermet italia SPA dal 30 marzo 2023 è stata inserita nell'Elenco pubblicato, sul sito del Ministero delle Pari Opportunità, come Organismo di Certificazione accreditato riconosciuto ai fini dell'erogazione della Certificazione secondo la Parità di Genere UNI/PdR 125:2022. Kiwa Cermet italia SPA ha verificato che l'Azienda adotta misure per garantire la parità di genere nel contesto lavorativo nell'ambito dei processi di progettazione, erogazione e gestione di servizi sanitari e socio-sanitari e della ricerca scientifica, riferimento Delibera Direttore Generale n. 930 del 19/09/2024 avente ad oggetto "POLITICHE DI GENERE: VERSO LA CERTIFICAZIONE DI GENERE"
- **Consigliera di Fiducia:**
Nomina dell'Avvocata Dr.ssa Claudia Bini (Delibera DG n. 1415 del 29/12/2023 avente ad oggetto "EMISSIONE AVVISO PUBBLICO PER LA STIPULA DI UN CONTRATTO DI COLLABORAZIONE ESTERNA, SENZA ALCUN VINCOLO DI SUBORDINAZIONE, PER LO

SVOLGIMENTO DELLE FUNZIONI DI CONSIGLIERE/A DI FIDUCIA PER L'AZIENDA USL TOSCANA SUDEST")

- Adozione regolamento (Delibera DG n. 321 del 27 marzo 2024 avente ad oggetto" APPROVAZIONE "CODICE DI CONDOTTA PER LA LOTTA CONTRO LE MOLESTIE SESSUALI ED ISTITUZIONE DELLA FIGURA DEL/DELLA CONSIGLIERE/A DI FIDUCIA PER PREVENZIONE E CONTRASTO DISCRIMINAZIONI, ABUSI E MOLESTIE NEI LUOGHI DI LAVORO"
- Realizzazione di 4 eventi formativi in collaborazione con il CUG UNISI e la Rete Nazionale dei CUG: (eventi inclusi nella Direzione Allargata).
 - ASL Toscana Sud Est: DE&I - Think Tank – GEP e CUG" In viaggio verso lo stesso orizzonte: Diversity Equity & Inclusion, Think Tank, Gender Equality Plan Team e Comitato Unico di Garanzia. 19 e 20 Febbraio 2024 - Auditorium Ospedale Misericordia – Grosseto
 - La Asl Toscana Sud est verso la certificazione di genere – CUG. 6 Giugno 2024 – Auditorium San Donato – Arezzo
 - I° DE&I Day ASL TSE - 1 anno di Noi" Valori e strategia - diversità, equità e inclusione. 23 Ottobre 204 - Aula Magna del Rettorato Università di Siena
 - CUG UNISI & ASLTSE #avantinsieme attività e valori condivisi 24 Ottobre 204 - Aula Magna del Rettorato Università di Siena

Nel corso del triennio 2025-2027 verranno sviluppate le seguenti attività (con il supporto e coordinamento della DE&I manager e della cabina strategica per la certificazione di genere ed in collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia e con il Comitato Guida):

1. Azioni del Comitato Guida inerenti la certificazione di genere;
2. Analisi e costruzione del Bilancio di genere aziendale;
3. Monitoraggio e attualizzazione del Gender Equality Plan.

Attenzione alla qualità percepita dall'utente (indagini PREMs e PaRIS)

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

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

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

- organizzazione di FAD asincrona su modalità operative, registrazione, valutazione dei PREMS per consentire la formazione diffusa di tutti gli operatori aziendali;
- invio di report mensile a tutti i responsabili PREMS individuati all'interno dei reparti;
- analisi delle azioni di miglioramento implementate a seguito della lettura dei risultati;
- newsletter bimestrale dedicata;
- aggiornamento semestrale Comitato di Partecipazione;
- progetto di ricerca con il MeS per confronto tra: reclami segnalazioni e valutazione dell'esperienza di ricovero, quindi confronto con gli indicatori dello Stress lavoro correlato;
- Audit e formazione dedicata tra pari;
- Pubblicazione che raccoglie i commenti positivi e le buone pratiche "Agli occhi del paziente. Buone pratiche nella Asl Toscana sud est".
- Per quanto riguarda i PREMs il Tasso di Adesione Annuale 2023 è dell'85.7%, il Tasso di Risposta 24.29% e il Tasso di Risposta Effettiva 18.68%, in aumento rispetto al dato dell'anno precedente.

Mentre il Tasso di Adesione del 2024 (il dato è riferito alla media dei primi 11 mesi dell'anno) è dell'85.6% in linea con l'anno precedente.

- Per i PROMs il Tasso di Risposta è stato del 67% per l'Ortopedia dell'Anca, del 77% per l'Ortopedia del Ginocchio e il 50% per la Mastectomia. Inoltre al fine di garantire l'ascolto dei pazienti fragili e cronici a garanzia di una migliore presa in cura, l'Azienda ha previsto l'adesione al progetto internazionale **PaRIS (Patient-Reported Indicators)** promosso dall'OCSE – Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Il progetto Paris avviato in collaborazione tra il Laboratorio Management e Sanità e il Ministero della Salute ha permesso di disegnare il primo Osservatorio in Italia sull'esperienza e gli esiti dei pazienti affetti da cronicità.

Sono state previste le attività operative di seguito riportate:

- Somministrazione di un questionario ai Direttori di SDS/Zona Distretto
- Somministrazione di un ulteriore questionario specifico ai Coordinatori di AFT
- Indagine rivolta agli assistiti di età superiore ai 45 anni
- Raccolta sistematica di misure di esito e di esperienza con l'assistenza territoriale in particolare da parte di pazienti cronici
- Implementazione di azioni correttive a seguito dei risultati raccolti al fine di migliorare efficacia ed efficienza del sistema sulla base della valutazione dei pazienti stessi
- In merito ai risultati del primo periodo dell'attività PARIS del 2023 i target dei pazienti sono state per la Visita Cardiologica, Pneumologica e Diabetologica con un tasso di adesione del 23.4%. Dal 1° Febbraio è stato inviato un nuovo questionario short, circa 175 questionari fino al mese di marzo, di questi 52 sono stati interamente compilati, aumentando il tasso di adesione al 29%.

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

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

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

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

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

Attenzione alle politiche del personale e alla formazione in ambito PNRR

Nel 2025 l'Azienda continuerà a valorizzare il personale attraverso interventi formativi e organizzativi già programmati volti a far crescere le competenze gestionali e professionali. Il Piano Annuale di Formazione (PAF) per il 2025 prevede la realizzazione di 486 eventi ed è stato redatto in funzione del rispetto degli obiettivi formativi aziendali, ma anche regionali e nazionali. In ambito PNRR, nella Missione M6 Salute, la formazione continuerà sul tema delle competenze digitali (Formazione Syllabus) e sulle infezioni ospedaliere (Formazione ICA); verrà attivata la formazione sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Quanto a Syllabus, la nostra Azienda, come tutti gli enti della Pubblica Amministrazione, ha risposto alla Direttiva sulla formazione del Ministro per la Pubblica Amministrazione Zangrillo del 2023. Syllabus

rappresenta lo strumento per sviluppare le competenze necessarie ad affrontare le sfide dell'innovazione, a partire da quella digitale e attuare la riforma della PA prevista dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. L'obiettivo al quale ogni dipendente deve ottemperare è il conseguimento del livello superiore a quello di partenza in almeno 8 delle 11 competenze digitali disponibili. Conseguito l'obiettivo formativo minimo (uno step successivo a quello di partenza in almeno 8 percorsi), il discente può scegliere di continuare a migliorare le proprie competenze fino a giungere al livello di padronanza avanzato per tutti i percorsi. La formazione in piattaforma Syllabus non prevede direttamente l'acquisizione di crediti ECM, ma il professionista sanitario può caricare autonomamente le ore di formazione accedendo alla propria area riservata nel portale Co.Ge.A.P.S. alla sezione "autoformazione" per ottenere crediti ECM. L'Azienda nel 2024 aveva fissato l'obiettivo del 55% (a fine novembre risulta il valore del 56,32%, pari a 5586 dipendenti) e per il 2025 sarà del 75%.

Quanto a ICA il "Corso di formazione in infezioni ospedaliere del PNRR" prevede l'obbligo per le Regioni di formare il personale ospedaliero sul tema delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Entro la fine del 2025 per la Regione Toscana gli operatori da formare sono quantificati in 19.488 unità, per un minimo di 14 ore di formazione ciascuno. Il progetto si compone di 4 moduli formativi, A, B, C, D: 1) modulo A di base teorico generale propedeutico ai corsi B e C, che fornisce gli elementi base per l'inquadramento del problema e le diverse misure di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere (6 h in FAD) 2) modulo B da svolgersi in presenza con sessioni interattive, formazione sul campo e simulazioni per approfondire alcuni ambiti trattati nel modulo A (4 h) 3) modulo C per affrontare gli aspetti locali delle infezioni correlate all'assistenza (4 h in FaD), 4) modulo D per formatori. Nella ASL TSE nel 2024 sono state effettuate 77 edizioni nei Presidi Ospedalieri di Arezzo, Montevarchi, San Sepolcro, Casentino, Cortona, Grosseto, Orbetello, Massa Marittima, Castel del Piano, Campostaggia, Nottola con 2871 discenti formati (obiettivo 1761 discenti formati). Nel 2025 proseguirà il progetto formativo per il raggiungimento dell'indicatore MES.

Per il 2025 il PNRR nella Missione M6 Salute prevede anche il rafforzamento della infrastruttura tecnologica del Fascicolo Sanitario Elettronico e la formazione di tutti i professionisti del SSR.

La nuova direttiva Zangrillo (15 gennaio 2025) mantiene - in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano - le indicazioni sugli obiettivi, gli ambiti e gli strumenti a supporto della formazione del personale pubblico. Nel 2025 l'Azienda attuerà i presupposti per assicurare la partecipazione dei dipendenti ad almeno 40 ore di formazione e il mantenimento dei sistemi di monitoraggio e valutazione.

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

Obiettivo dei prossimi anni perseguito dal Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC) e dal Responsabile della Trasparenza (RT) continuerà ad essere quello di promuovere strategie di contrasto della corruzione mediante l'utilizzo combinato di vari strumenti, dalla formazione, all'organizzazione di corsi ed altre iniziative di aggiornamento, dall'organizzazione di riunioni, audit e incontri periodici con le varie strutture aziendali per diffondere in modo trasversale una cultura dell'etica e della legalità che sia trasversale in Azienda, in linea con quanto realizzato nell'anno 2024, di cui si dà ampiamente conto nella sezione anticorruzione.

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

Successivamente all'ultima revisione del Codice di comportamento, approvata con deliberazione n. 1627 del 27 dicembre 2022, in ossequio alla previsione normativa che aveva stabilito che il codice stesso dovesse contenere una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione, nel corso del 2024 tutte le strutture hanno garantito la massima diffusione del Codice di Comportamento.

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

Da un riscontro effettuato (rilevazione al 16 dicembre 2024), l'obiettivo è stato raggiunto da 533 strutture su 548 strutture totali con una percentuale di successo pari al 97,26%, di ulteriore miglioramento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente in cui la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo era stata pari al 94,91% (523 strutture su 551 totali avevano raggiunto l'obiettivo).

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

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

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

Per l'anno 2024, a tutte le strutture era stato inoltre attribuito l'obiettivo **AZ_B4_016** "Divulgazione del Regolamento sul Conflitto di Interessi riscontrabile da riunione di struttura o da altre iniziative ove risulti il livello di partecipazione degli operatori. Numero riunioni e/o iniziative" al fine di garantirne la massima diffusione.

Da un riscontro effettuato (rilevazione al 16 dicembre 2024), l'obiettivo risulta ampiamente raggiunto in quanto 453 strutture su 551 totali hanno conseguito il raggiungimento dell'obiettivo, con una percentuale di successo pari al 82,21%.

Per l'anno 2025, l'RPC ha previsto di attribuire a tutte le strutture l'obiettivo trasversale unico **AZ_VI_017** "Divulgazione del Codice di Comportamento e del Regolamento sul Conflitto di interessi riscontrabile da riunione di struttura ove risulti il livello di partecipazione degli operatori".

Nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" viene ulteriormente specificato l'obiettivo correlato a Codice di Comportamento e Conflitto di interessi, misure di carattere generale che intervengono in maniera trasversale sull'intera Amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo.

Ulteriori iniziative di formazione realizzate nel corso dell'anno 2024 e programmate per l'anno 2025 sono dettagliatamente descritte nella medesima sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" di questo Piano.

Inclusione sociale e accessibilità delle persone con disabilità

Nel corso del 2025 il gruppo di lavoro aziendale di cui fanno parte oltre che il Disability Tutor anche le strutture organizzative delle Risorse Umane, del Medico Competente e del Responsabile SPP, ha in programma il **completamento** dell'analisi del contesto interno ed esterno.

Attraverso questa attività ricognitiva sarà definita una **mappa di dettaglio** contenente le diverse situazioni problematiche presenti in Azienda. Ciò consentirà di adottare le strategie d'intervento e di progettare **specifiche azioni** dirette a facilitare l'inclusione e l'accessibilità nei luoghi di lavoro.

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

Potenziamento rete ospedaliera in sinergia con AOUS

Relativamente a questa linea strategica l'AUSLTSE prevede il proseguimento dell'avviata progettualità condivisa con AOUS con l'obiettivo di perseguire l'integrazione dei servizi nei percorsi assistenziali che iniziano "in prossimità" dell'utente e proseguono nei diversi nodi della rete in una logica di qualità, sicurezza ed equità di accesso su tutto il territorio dell'Area Vasta Sud Est.

Nel triennio 2025-2027 si prevede l'attuazione in continuità degli innovativi progetti interaziendali già implementati nel corso del 2024, come: i) il percorso interaziendale per la gestione delle patologie ematologiche che prevede l'organizzazione presso il Presidio Ospedaliero Misericordia di Grosseto di un'attività di consulenza e presa in carico dei pazienti con patologia ematologica sul territorio da parte di professionisti AOUS; ii) la Rete Senologica di Area Vasta che delinea le modalità organizzative e gestionali del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la presa in carico dei pazienti affetti da patologia oncologica della mammella sospetta o accertata; iii) i percorsi interaziendali per l'attività otorinolaringoiatrica per l'esecuzione di prestazioni ambulatoriali ed interventistiche nella disciplina di otorinolaringoiatria; iv) l'attività del gruppo multidisciplinare interaziendale delle interstiziopatie polmonari, un percorso relativo alla diagnosi e trattamento delle interstiziopatie polmonari che continua ad essere oggetto di valorizzazione delle sinergie tra i professionisti delle due Aziende al fine di assicurare i più elevati standard clinici, insieme a condizioni di equità ed omogeneità, su tutto il territorio dell'Area Vasta; v) il percorso interaziendale della Chirurgia Pediatrica rivolto al bambino da sottoporre ad intervento chirurgico programmato in collaborazione tra l'equipe chirurgica dell'AOUS ed il personale e le strutture sanitarie dell'AUSLTSE che ha come principale obiettivo quello di sviluppare un percorso per la presa in carico del bambino nelle sedi più vicine alla propria abitazione secondo criteri di equità e prossimità delle cure.

Si prevede, altresì, il potenziamento di percorsi come: i) la funzione di procurement in Area Vasta con lo sviluppo continuo di iniziative e progettualità integrate sul piano delle attività formative, di sensibilizzazione e dell'organizzazione dei percorsi; ii) il potenziamento dell'attività interaziendale di chirurgia robotica, che attualmente riguarda soprattutto l'Urologia e la Ginecologia ma di cui si prevede l'ampliamento anche ad altre branche chirurgiche; iii) ulteriori sviluppi del percorso interaziendale per la gestione delle patologie ematologiche, con l'ampliamento dell'attività di consulenza ematologica specialistica per pazienti ricoverati e l'aumento delle prime visite ematologiche a CUP; iv) lo sviluppo continuo del teleconsulto medico specialistico; v) l'evoluzione della rete della cardiologia interventistica con l'ottimizzazione del percorso interaziendale per garantire, con continuità in tutte le fasi del percorso, compresa quella della discussione multidisciplinare, il pieno coinvolgimento di tutti i professionisti che intervengono nella presa in carico del paziente, prevedendo l'estensione a tutti i Centri della possibilità di partecipazione in videoconferenza alle attività di discussione multidisciplinare dell'Heart Team e quindi ad ogni professionista del territorio che propone un caso clinico di essere parte attiva; vi) il miglioramento continuo di percorsi e progettualità interaziendali nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza come l'attuazione del PDTA per la gestione dell'emorragia intracerebrale spontanea.

Infine, nel triennio 2025-2027 è previsto lo sviluppo di ulteriori attività, come: i) il progetto interaziendale della cardiocirurgia in rete che prevede lo sviluppo di una progettualità che, oltre a garantire una tempestiva attivazione delle diverse fasi dei percorsi, assicurerà attività clinico-assistenziali altamente specialistiche vicino al paziente; ii) il PDTA per la gestione della anemia nel paziente candidato ad intervento chirurgico, nell'ottica di un programma di Patient Blood Management; iii) il percorso interaziendale delle cure palliative precoci in cui le strutture ed i nodi della rete vengono integrati rafforzando la capacità di operare come sistema vicino alla comunità, alle persone e con i malati, con attenzione alla globalità dei bisogni, agevolando l'accesso ad un percorso di cura e assistenza condiviso ed integrato; iv) la rete odontoiatrica di Area Vasta che si basa sulla piena integrazione territorio-ospedale-territorio, al fine di assicurare standard clinico-assistenziali omogenei tali da realizzare gli interventi appropriati per prevenire patologie odontoiatriche in età evolutiva, assicurare immediato intervento nei casi di vulnerabilità sanitaria, intercettare precocemente e monitorare lesioni evolutive del cavo orale.

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

La modernizzazione del sistema sanitario e il suo rilancio passano necessariamente attraverso la digitalizzazione dei servizi e dei processi. L'Azienda USL Toscana Sud Est sta percorrendo questo cammino con determinazione, consapevole sia delle opportunità che delle sfide che tale percorso comporta.

È fondamentale assicurare che questa trasformazione digitale non si traduca in una nuova forma di burocrazia digitalizzata, ma rappresenti un reale miglioramento nell'erogazione dei servizi e nell'accessibilità delle cure per tutti i cittadini.

Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali

La transizione digitale intrapresa dall'azienda segue due direttrici fondamentali: l'attuale Piano triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione (2024-2026) e le iniziative previste dal PNRR. L'obiettivo è potenziare i servizi ai cittadini attraverso una progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, sia in ambito sanitario che amministrativo, evitando accuratamente la formazione di quella che potrebbe definirsi una "burocrazia digitale".

Nel quadro delle iniziative strategiche previste dal PNRR, il 2025 vedrà il completamento del dispiegamento della **Cartella Clinica Elettronica (CCE) CR1** in tutti i settings assistenziali ospedalieri e ambulatoriali dei DEA. Questo sistema uniforme e integrato permetterà una gestione più efficiente e sicura delle informazioni cliniche, rappresentando un passo fondamentale verso la digitalizzazione completa dei processi sanitari.

Parallelamente al dispiegamento della Cartella Clinica Elettronica, prosegue l'unificazione dei Sistemi ADT (Accettazione, Dimissione, Trasferimento) e Pronto Soccorso, con particolare attenzione alla semplificazione dei processi per ridurre i tempi di attesa e migliorare l'esperienza del paziente.

Lo sviluppo di AsterCloud WP3 continua secondo le tempistiche stabilite dal PNRR, con l'obiettivo di potenziare i processi dell'assistenza territoriale e garantire una migliore integrazione tra ospedale e territorio.

Particolare attenzione viene dedicata all'unificazione e al potenziamento della Cartella Clinica Oncologica, strumento essenziale per una gestione più efficace dei percorsi di cura oncologici.

Il popolamento del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 con referti ambulatoriali e di pronto soccorso, supportato dall'attivazione della firma digitale remota, amplierà significativamente l'accesso dei cittadini alla propria documentazione sanitaria.

Nel panorama delle iniziative di innovazione digitale, particolare rilevanza assume il nuovo Progetto di Digitalizzazione della distribuzione diretta del Famaco EDF (Electronic Drug Fulfillment). Questo sistema integrato prevede l'implementazione di una piattaforma digitale avanzata per la gestione della distribuzione dei farmaci in strutture periferiche e a domicilio. La piattaforma integrerà servizi innovativi di Telefarmacia che utilizzano tecnologie di telemedicina per gestire il rapporto tra farmacisti e assistiti. Il sistema consentirà la gestione digitale delle prescrizioni con tracciamento puntuale delle consegne e include funzionalità di videoconsulto farmacista-paziente, attraverso cui viene fornito supporto remoto per la corretta gestione delle terapie, il monitoraggio dell'aderenza terapeutica e la consulenza specialistica sui farmaci. L'intero sistema è implementato con rigorosi protocolli di sicurezza e privacy by design per garantire la massima protezione dei dati sensibili.

Nel corso dell'anno si procederà inoltre all'unificazione del sistema RIS-PACS con integrazione completa delle modalità diagnostiche, garantendo una gestione più efficiente delle immagini mediche. Il nuovo sistema CIS verrà completamente integrato con il PACS Aziendale.

La piattaforma documentale Alfresco sarà oggetto di una profonda rifunzionalizzazione per standardizzare la gestione dei documenti amministrativi e tecnici. Particolare importanza riveste anche l'attivazione di piattaforme dedicate alla gestione dei progetti e delle sperimentazioni cliniche.

Implementazione delle attività di telemedicina

Il 2025 rappresenterà un momento cruciale per lo sviluppo dei servizi di telemedicina nell'Azienda. L'avvio della nuova piattaforma regionale di telemedicina costituisce un passaggio fondamentale per garantire l'uniformità di accesso ai servizi prevista dal DM77. Questo processo di transizione è stato attentamente pianificato per assicurare la continuità dei servizi: fino al raggiungimento della piena maturità della nuova piattaforma, l'Azienda manterrà operativi i sistemi esistenti sviluppati con progetti autonomi, in particolare la piattaforma di teleconsulto ASL TSE/AOUS, per tutti quei servizi per i quali non siano ancora disponibili soluzioni funzionalmente equivalenti o migliorative sulla nuova piattaforma regionale.

Nei primi mesi del 2025 prenderà avvio il progetto Digital Home Care, elaborato nel corso del 2024. Il progetto prevede la realizzazione di un Centro di competenza in tecnologie assistive digitali, progettato

per diventare un punto di riferimento regionale, e l'implementazione di una Demo House per la formazione di operatori sanitari e sociosanitari, dove le tecnologie assistive possono essere sperimentate in un ambiente realistico.

Come detto in precedenza, nell'ambito del progetto per la distribuzione diretta del farmaco, verrà integrato l'utilizzo innovativo delle tecnologie di telemedicina per la gestione del rapporto tra farmacisti e assistiti. Attraverso sistemi di teleconsulto dedicati, viene fornito supporto remoto per la corretta gestione delle terapie e il monitoraggio dell'aderenza terapeutica, oltre a offrire consulenza specialistica sui farmaci.

I servizi di telemedicina già consolidati continueranno il loro sviluppo: il servizio di Radiologia Domiciliare, già attivo sul territorio aziendale, proseguirà il suo potenziamento, così come il sistema di teleconsulto specialistico e oncologico. Particolare attenzione viene dedicata al potenziamento della televisita nelle aree insulari, dove rappresenta uno strumento fondamentale per garantire la continuità assistenziale.

Prosecuzione nel processo di informatizzazione

L'informatizzazione dei processi sanitari prosegue secondo una logica di integrazione e interoperabilità, con particolare attenzione alla continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

La diffusione della Cartella Clinica Elettronica regionale CR1 rappresenta un progetto strategico nell'ambito del PNRR, con obiettivi specifici e stringenti per il 2025. Il completamento del roll-out nell'area grossetana è previsto entro giugno 2025, e includerà l'Ospedale Misericordia di Grosseto e le strutture di Massa Marittima e Castel del Piano.

Questo processo sarà accompagnato da una standardizzazione completa delle procedure e della documentazione clinica, garantendo al contempo un'integrazione avanzata con i sistemi specialistici e la nuova piattaforma per la distribuzione diretta del farmaco.

Il potenziamento dell'alimentazione del FSE 2.0 procederà in linea con gli obiettivi del sub-investimento M6.C2 del PNRR.

Il Sistema dedicato all'assistenza Territoriale AsterCloud continua il suo sviluppo per garantire una gestione sempre più integrata dei percorsi assistenziali. I moduli già attivi - Consultorio, Salute Mentale, Medicina Legale, COT, UVMD - vengono costantemente consolidati e perfezionati.

L'implementazione completa del modulo SINSS permetterà di uniformare la registrazione dei dati dell'assistenza territoriale, mentre l'integrazione con CR1 garantirà una gestione coordinata e efficiente delle informazioni. Lo sviluppo di cruscotti evoluti per il monitoraggio delle attività completa il quadro degli interventi previsti.

Promozione dell'innovazione digitale e accessibilità

L'Azienda affronta la sfida dell'accessibilità digitale considerando tre aspetti fondamentali, ciascuno essenziale per garantire che l'innovazione tecnologica sia realmente inclusiva.

Il primo aspetto riguarda la prevenzione delle nuove emarginazioni: l'obiettivo primario è evitare che la digitalizzazione crei nuove forme di esclusione sociale. Questo viene perseguito attraverso un supporto attivo alle categorie fragili mediante le Botteghe della Salute, programmi di formazione continua del personale sanitario e servizi di affiancamento personalizzato nella transizione al digitale. Dove necessario, viene mantenuto strategicamente l'accesso attraverso i canali tradizionali.

Il secondo aspetto si concentra sulla semplificazione dell'accesso ai servizi digitali. L'Azienda si impegna ad assicurare una maggiore visibilità e fruibilità dei propri servizi attraverso l'App regionale "Toscana Salute", che rappresenta il punto di accesso unificato ai servizi del sistema sanitario regionale. Parallelamente, i Totem multifunzione presenti nelle strutture aziendali continuano ad evolvere con nuove funzionalità. L'integrazione tra CUP 2.0 e Zero Code procede in modo sempre più avanzato ad opera della Regione. Il ruolo dell'URP e del call center unificato viene continuamente rafforzato per garantire un supporto costante agli utenti.

Il terzo aspetto riguarda la governance dell'innovazione, che segue un approccio strutturato e multidisciplinare. La stretta collaborazione tra esperti tecnici e il DPO Aziendale nella progettazione delle procedure digitali garantisce il corretto inquadramento dei processi sotto il profilo della conformità normativa. L'approccio Privacy by Design viene rigorosamente implementato in tutti i nuovi sviluppi, mentre la standardizzazione della documentazione assicura uniformità di accesso.

Questo approccio strutturato all'innovazione digitale mira a garantire che ogni nuovo sviluppo tecnologico sia realmente al servizio del cittadino, (Ad es. lo sviluppo della nuova piattaforma EDF, che dovrà assicurare un accesso semplice e sicuro ai servizi di distribuzione farmaci, specialmente per le categorie più fragili). L'obiettivo finale resta quello di utilizzare la tecnologia come strumento di inclusione e non di discriminazione, garantendo che l'innovazione digitale sia sempre accompagnata da un adeguato supporto umano e organizzativo.

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

Le metodologie Lean offrono opportunità di miglioramento ed efficienza, promuovendo una cultura di costante crescita e collaborazione tra diverse figure professionali.

Da alcuni anni l'azienda si sta impegnando molto in tale ambito mettendo in campo molti progetti per rendere i processi sanitari sempre più ottimali, moderni e snelli.

Nell'anno 2024 sono state messe in campo tante progettualità che poi dovranno proseguire negli anni futuri insieme alle nuove che si renderanno necessarie.

Queste progettualità hanno riguardato tutti gli ambiti aziendali tra cui solo a titolo di esempio:

- Riorganizzazione del sistema di rendicontazione dei dispositivi medici (protesi, lenti del cristallino, ecc.) per monitorare il materiale e il suo utilizzo in un'ottica di ottimizzazione delle risorse.
- Modelli per migliorare l'esperienza di cura della persona, in particolare del paziente cronico, riducendo al contempo il costo dell'assistenza e garantendo la sostenibilità del sistema sanitario.
- Reingegnerizzazione dell'anatomia patologica per ridurre i tempi di risposta dei referti, andando ad uniformare le modalità di lavoro
- Ottimizzazione dei processi amministrativi

Inoltre, è stato sviluppato un primo progetto di Value Based Healthcare, con l'obiettivo di raggruppare tutti questi aspetti in un unico percorso di ottimizzazione.

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

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

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

Innovazioni delle apparecchiature elettromedicali

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

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

Pur in un quadro di ristrettezze economiche quindi, si cerca in collaborazione con ESTAR, l'Azienda alla

quale come noto, in Toscana, è stato affidato il supporto alla programmazione ed alla gestione delle apparecchiature elettromedicali per le Aziende Sanitarie della Regione, di fare anche una programmazione e scelta di apparecchiature elettromedicali innovative.

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

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

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

- Potenziamento infrastruttura di rete ospedaliera e dispiegamento dei sistemi WiFi, necessaria per supportare il dispiegamento della Cartella Clinica CR1
- Integrazione con il Dipartimento Tecnico per il supporto ai rinnovi tecnologici (Cablaggi) presso le nuove sedi Aziendali
- Rinnovo PDL aziendali per dotare le strutture di dotazioni adeguate alla gestione delle nuove modalità operative.
- Migrazione di tutte le SIM e relativi servizi Aziendali di Telefonia Mobile legati al passaggio dalla precedente Convenzione TM8 (fornitore TIM) alla nuova Convenzione TM9 (Fornitore Vodafone) e creazione di un archivio Aziendale per la completa gestione e conoscenza di tutto il parco di apparati presenti in Azienda

Sviluppo di progetti di efficientamento energetico

L'Azienda ha intrapreso in questi anni un percorso di tipo ONE HEALTH, affiancando alle attività istituzionali di cura una linea di indirizzo strategico per lo sviluppo di progetti di efficientamento energetico che riducano l'impatto ambientale aziendale contribuendo a migliorare i determinanti di salute.

Questi i maggiori indicatori del lavoro fatto in questi anni:

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

Emissioni di CO2 pari a - 7.551,00 Tonn/Anno.

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

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

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

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

In particolare ad oggi sono in corso i seguenti interventi:

- realizzazione impianto fotovoltaico da 500 kWp presso l'Ospedale San Donato di Arezzo, che garantirà una autoproduzione di energia elettrica internamente all'Ospedale San Donato di Arezzo pari a 650.000 kWh di energia elettrica
- progetto illumination per l'Ospedale Gruccia del Valdarno con il cambio di 435 apparecchi illuminanti esterni e 1.162 corpi illuminanti interni, che garantirà un risparmio energetico di 340.000 kWh
- progetto illumination per l'Ospedale San Donato di Arezzo, con il cambio di 274 apparecchi illuminanti esterni e 880 corpi illuminanti interni che garantirà un risparmio energetico di 164.000 kWh
- Riqualificazione Centrale Termica Ospedale Campostaggia di Poggibonsi

L'accessibilità fisica

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

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

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

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

Sviluppo progetti PNRR

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

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

Mantenimento o miglioramento della prescrizione elettronica e miglioramento sul numero di prescrittori con più di una prescrizione elettronica

L'azienda ha raggiunto ottimi tassi di utilizzo della ricetta elettronica superando il target nazionale del 90%, ma evidenzia ancora medici che non utilizzano la prescrizione elettronica. L'impegno di questo anno sarà rivolto al coinvolgimento capillare di tutto il personale medico nella ricetta elettronica superando anche i problemi tecnici che possono ancora esistere.

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

La sostenibilità economica è obiettivo fondamentale dell'azienda, pertanto si sta dotando di strumenti di analisi e monitoraggio di costi generati in azienda. Gli strumenti adottati dovranno servire anche a ottenere migliori previsioni di spesa al fine di governare al meglio le risorse e capire dove possono esserci eventuali criticità per porre in essere tutte le azioni necessarie alla loro risoluzione.

Completamento implementazione nuovo SW Gestionale del Personale dipendente e non e individuazione "standard" di fabbisogni per struttura

La gestione del personale è fondamentale per garantire i servizi erogati. Con la messa a regime del nuovo SW Regionale del personale si stanno sviluppando i sistemi di analisi delle dotazioni organiche per tutte gli aggregati organizzativi aziendali. L'ulteriore passaggio in cui l'azienda si sta impegnando è quello di implementare i sistemi di confronto dei dati del personale con quelli di attività anche utilizzando la metodologia di analisi dei fabbisogni sviluppata e in corso di sviluppo da AgeNaS.

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

La distribuzione diretta dei farmaci è uno dei canali di distribuzione che può portare dei vantaggi economici all'azienda migliorando anche il servizio reso ai cittadini. E' per questo motivo che, ormai da anni, l'Azienda si impegna nel migliorare questo servizio e in particolar modo anche nell'anno 2025 si prosegue nell'incremento della consegna dei farmaci alla dimissione da ricovero e visita ambulatoriale, così come previsto dalla normativa nazionale e regionale, anche negli ospedali e nelle strutture territoriali dove non è presente il punto farmaceutico di continuità della farmacia ospedaliera.

Attenzione all'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di visita e diagnostica

Da ottenere con i) audit clinici con i medici per migliorare l'appropriatezza delle loro prescrizioni; ii) informazione mensile dei medici di medicina generale sul proprio tasso prescrittivo, specificatamente alle prestazioni monitorate; iii) audit clinici con gli specialisti per la presa in carico degli utenti con prescrizione diretta e contestuale prenotazione delle prestazioni di approfondimento e di controllo, al fine di ridurre l'inappropriatezza delle prescrizioni.

Progetti di efficientamento

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

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

Le azioni di razionalizzazione, efficientamento di tutti i servizi Core e No Core

Nel corso del 2024 l'azienda ha definito un piano specifico di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse e prosegue come da indicazioni regionali anche nell'anno 2025. Scopo di tale piano è di approfondire alcuni filoni di analisi già monitorati dal sistema di programmazione e controllo aziendale, con l'obiettivo di contribuire a fornire alla direzione le informazioni necessarie per agire sempre più tempestivamente nella correzione di eventuali deviazioni rispetto a quanto programmato.

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

Abbiamo classificato le singole azioni programmate raggruppandole per obiettivi e progetti:

- Ottimizzazione dell'utilizzo di farmaci e dispositivi;
- Ottimizzazione dei servizi appaltati (mensa, lavanderia, pulizie, etc.);
- Ottimizzazioni dall'implementazione di nuovi SW;
- Ottimizzazione nell'organizzazione dei servizi sanitari;
- Gestione recupero crediti / ticket.

Piano della Performance

La pianificazione triennale

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

1. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG):

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

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

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

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

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

Nelle linee strategiche aziendali consideriamo anche Il sistema di **indicatori degli esiti PNE**, come strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo. (<https://pne.agenas.it/home>)

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, in particolare al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), al Sistema di Valutazione della Performance regionale (Laboratorio MeS) e agli indicatori di esiti del PNE.

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

Per il 2025 tali obiettivi non sono stati ancora formalizzati con Delibera della Giunta Regionale e l'Azienda ha quindi inserito nella propria programmazione annuale gli indirizzi precedentemente

impartiti o comunicati in altri modi, impegnandosi ad integrarli con quanto sarà disposto dal nuovo atto deliberato.

Dagli indirizzi regionali agli obiettivi aziendali: la performance organizzativa

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

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

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

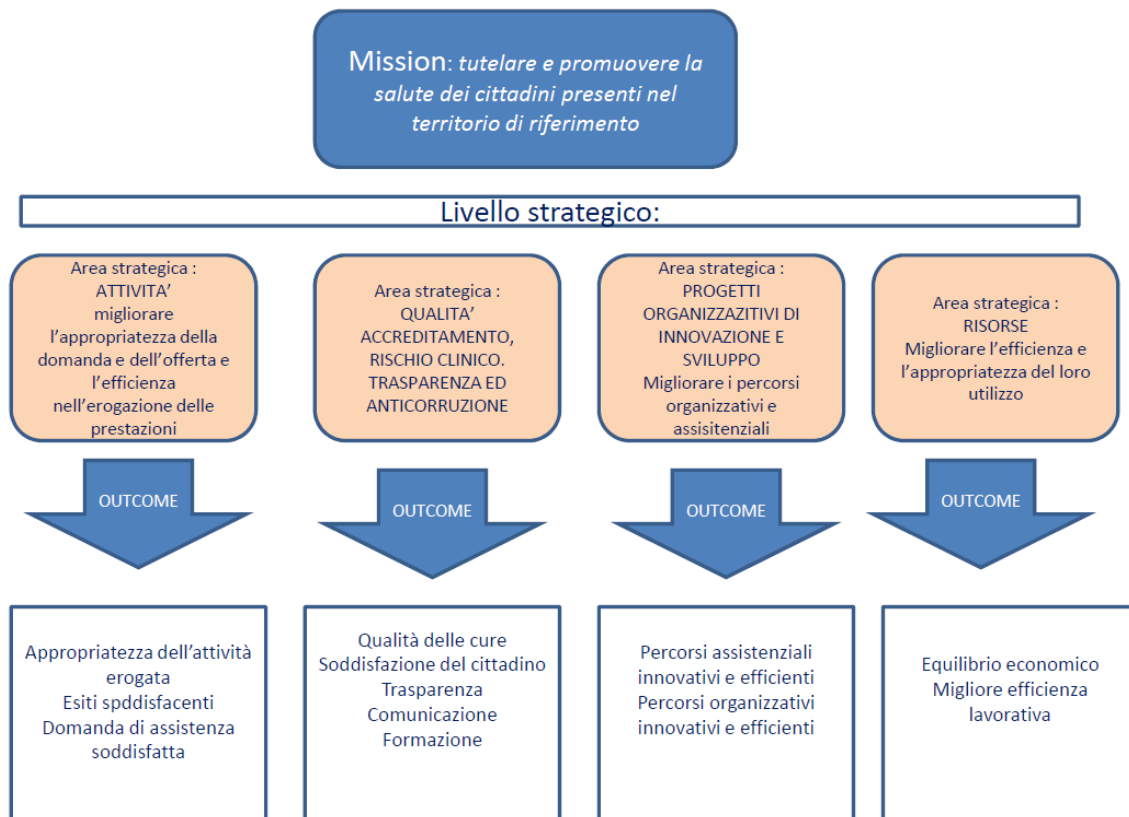
È quindi nel processo di negoziazione del budget che si sostanzia la declinazione degli obiettivi strategici regionali verso l'azienda, nel suo complesso e in tutte le sue diverse articolazioni: l'azienda infatti indirizza la propria attività, monitora e valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi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

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

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

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

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



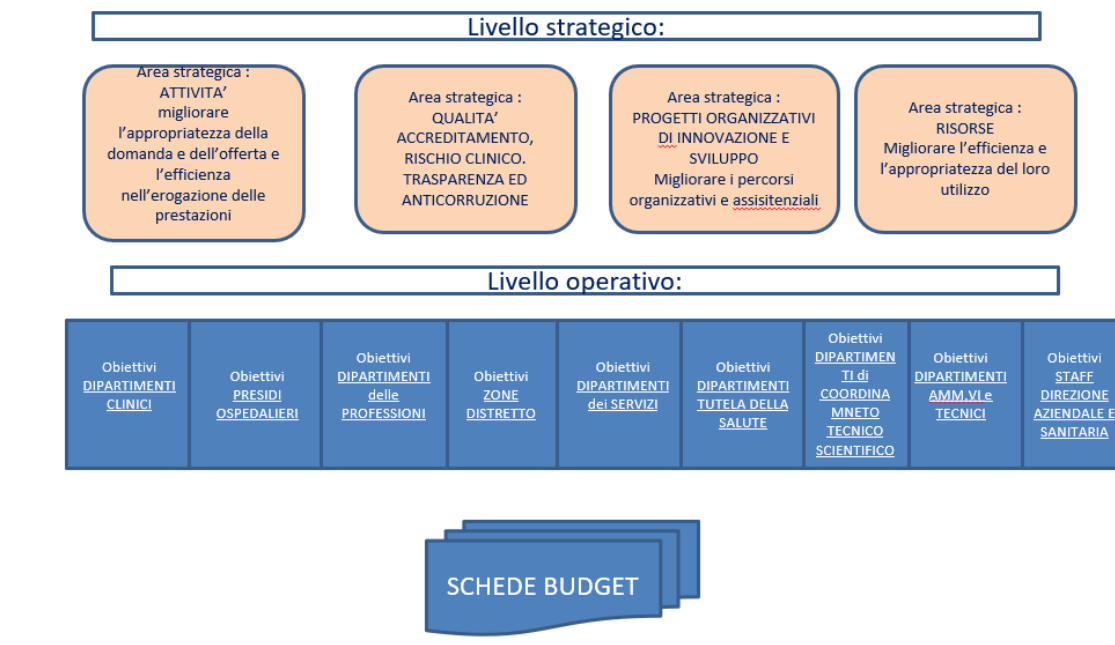
L'organizzazione aziendale prevede le seguenti macro-strutture:

- *Zone Distretto*
- *Presidi Ospedalieri*
- *Staff della Direzione Aziendale*
- *Staff della Direzione Sanitaria*
- *Dipartimenti clinici*
- *Dipartimenti dei servizi (Dip. Diagnostica per immagine, Dip. Diagnostica di Laboratorio e Trasfusionale, Dip. Politiche del Farmaco)*
- *Dipartimenti della Tutela della Salute (Dip. Prevenzione, Dip. Medicina Legale)*
- *Dipartimenti di Coordinamento Tecnico Scientifico*
- *Dipartimenti delle professioni*
- *Dipartimenti amministrativi e tecnico*

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

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

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



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

L'OIV supporta l'azienda sul piano metodologico e garantisce la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale.

In particolare nel sistema di valutazione collettiva l'OIV monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, a partire dalla definizione e assegnazione degli obiettivi fino alla misurazione e valutazione delle prestazioni, al fine di garantirne la correttezza, nonché l'aderenza agli indirizzi regionali. Sulla base degli esiti del ciclo budgetario concluso, comunica le criticità riscontrate alla direzione aziendale, formula al Direttore Generale azioni correttive e di miglioramento da attuare nel ciclo di programmazione in corso e/o nell'esercizio successivo.

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

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

Dagli indirizzi regionali agli obiettivi aziendali: la performance individuale

Costituisce principio generale dell'organizzazione la responsabilizzazione del personale tutto e della dirigenza in particolare rispetto ai risultati da raggiungere. Relativamente alla performance individuale l'azienda ha iniziato nel 2016, a seguito della unificazione nella attuale Ausl Toscana Sudest delle tre ex

Asl 7, 8 e 9 – Siena, Arezzo e Grosseto, il percorso di implementazione del Nuovo Sistema di Valutazione Unificato che andasse a tenere conto non solo delle disposizioni legislative nazionali in materia, ma anche di quanto delineato dalla Regione Toscana con le linee guida dettate dalla Delibera G.R. 308/2013 “Linee di indirizzo per l’implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale”, con l’intento di affiancare alla performance organizzativa anche la Valutazione Individuale ed al contempo fornire l’input per un allineamento dei sistemi di valutazione aziendali nell’ambito del SSR. Il percorso avviato in Azienda viene sviluppato in parallelo sia per l’area contrattuale della Dirigenza che del Comparto e vengono attivati anzitutto i tavoli di trattativa per la concertazione con le OO.SS. Quindi, delineati ed adottati i relativi regolamenti, è implementato il Nuovo Sistema di Valutazione dell’Ausl Toscana Sudest che attraverso una fase transitoria nel 2017, passa a regime nell’anno 2018 ed è ulteriormente migliorato nel 2019 con la gestione informatizzata della scheda di valutazione accompagnata da mirati corsi di formazione interna aziendale e con la distribuzione di opportune istruzioni operative per facilitare l’accesso e la gestione. Per ogni fase del processo viene ottemperato l’obbligo di pubblicazione sul sito aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente / Performance nei tempi e modi previsti dalle disposizioni normative, oltre alla pubblicazione di relativa informativa a tutti i diretti interessati sull’intranet aziendale e singola comunicazione tramite il canale della mail aziendale.

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

L’assegnazione degli obiettivi tramite “Schede di Valutazione” che, in ottemperanza alla direttiva Zangrillo (MPA_ZANGRILLO-0000430-P-24/01/2024), deve concludersi entro il 28 febbraio di ogni anno, riguarda tutti i dipendenti, del comparto e della dirigenza, ognuno secondo il livello di responsabilità attribuito e per i dirigenti responsabili o direttori titolari di una scheda di budget poiché, in questo caso, gli obiettivi individuali coincidono con quelli della struttura, la scheda di valutazione è semplificata andando di fatto ad individuare i soli comportamenti attesi.

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

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

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

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

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

responsabilità rivestito nell'organizzazione aziendale sia collegata direttamente alle performance del Dipartimento.

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

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

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

Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza

La gestione del rischio

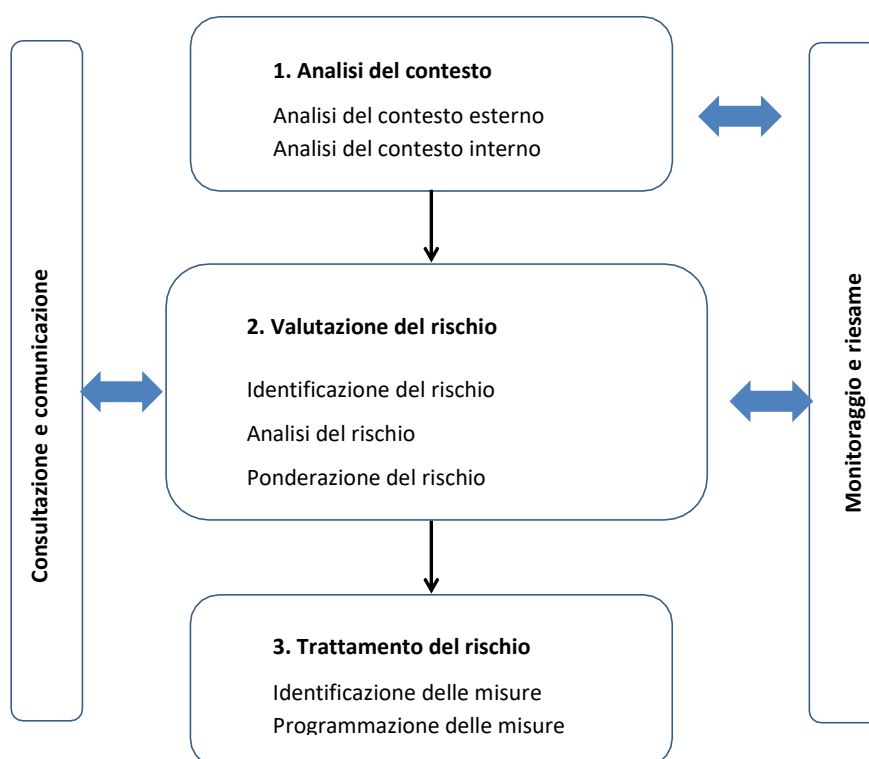
La gestione del rischio di corruzione è un processo complesso che comprende l'insieme di attività, verifiche, procedimenti e controlli etc. posti in essere da vari soggetti aziendali coinvolti nel sistema di prevenzione.

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

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

Nel momento in cui viene redatto questo paragrafo è in consultazione (fino al 13 gennaio 2025) l'Aggiornamento 2024 al PNA 2022 che richiama in premessa le suddette indicazioni metodologiche.

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



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

Lo strumento attraverso cui l'Azienda, a partire dall'anno 2022, ha provveduto ad attuare una gestione del rischio quanto più possibile in linea con le indicazioni metodologiche di ANAC, compatibilmente con le modalità organizzative interne e le criticità di risorse disponibili, è la "Scheda di gestione del rischio", dettagliatamente descritta nella "Procedura per la gestione del rischio di corruzione" che costituisce l'allegato n. 3 del PIAO 2025-2027.

La scheda è stata utilizzata anche quest'anno per la Mappatura dei processi dell'anno 2025 ma, nell'occasione, è stata aggiornata nei contenuti generali ed, in particolare, mediante l'inserimento di una ulteriore sezione specificamente finalizzata alla rilevazione degli "eventi rischiosi", con l'obiettivo di individuare comportamenti o fatti (anche potenziali) che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'Azienda, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

In coerenza con le indicazioni metodologiche di ANAC sopracitate, l'RPC ha cercato di implementare lo strumento prevedendo il coinvolgimento delle strutture organizzative responsabili della Mappatura dei processi, in quanto i relativi dirigenti, grazie ad una approfondita conoscenza delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi e contribuire alla costruzione di un "Registro dei rischi" per processo.

CONTESTO ESTERNO

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

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

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

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

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

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

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

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

è, altresì, al di sotto della media nazionale per quello che riguarda i reati di concussione e corruzione (rispettivamente 0,35 e 1,73 per 100mila ab.), ma non per il reato di peculato che vede la nostra Regione al 2° posto in Italia dopo il Molise.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Provincia di Siena:

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

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

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

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

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

* fonte: Prefettura di Siena

Provincia di Grosseto:

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

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

* fonte: Prefettura di Grosseto

Provincia di Arezzo:

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

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

* fonte: Prefettura di Arezzo

Anche nel corso del 2024, in previsione della redazione della sezione anticorruzione del PIAO 2025-2027, sono state coinvolte le Prefetture di Arezzo, Siena e Grosseto con le medesime modalità e con lo stesso obiettivo dello scorso anno.

Dai dati pervenuti emerge quanto segue:

Provincia di Siena:

I dati riferiti dalla Prefettura di Siena confermano quanto asserito per l'anno precedente, sottolineando che la Provincia di Siena si caratterizza per un tasso di delittuosità sostanzialmente contenuto. I reati maggiormente ricorrenti sono classificabili nel novero della cosiddetta "criminalità diffusa".

I principali delitti registrati nei periodi 1 gennaio – 30 novembre 2023 e 1 gennaio – 30 novembre 2024 sono:

- "predatori", si evidenzia al riguardo che i furti complessivamente intesi registrano un aumento in provincia (7,68%) e maggiore nel Comune di Siena (21,63%) generato soprattutto dai furti in esercizi commerciali (46%);

Relativamente allo spaccio di sostanze stupefacenti si registra una riduzione del 16,67% nel Comune di Siena e del 9% in provincia.

In ordine alle truffe e/o frodi informatiche i dati indicano una riduzione del 9% e del 12,20% nel Capoluogo.

Per quanto riguarda la CRIMINALITÀ ORGANIZZATA E REATI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE viene integralmente confermato quanto riferito per l'anno precedente.

* fonte: Prefettura di Siena

Provincia di Grosseto:

L'andamento della delittuosità nella Provincia di Grosseto nei periodi considerati (intero anno 2023 rispetto all'intero anno 2024) evidenziano:

- un aumento dei furti complessivamente intesi in provincia (+ 9,72%) ed un lieve aumento anche nel Comune di Grosseto (+ 1,84%)
- un considerevole aumento dei reati connessi agli stupefacenti in provincia (+32,89%), aumento ancora più marcato nel Comune di Grosseto (+ 67,09%)
- una diminuzione dei delitti informatici nella Provincia di Grosseto (- 30%) ed una diminuzione degli stessi anche nel Comune di Grosseto (- 22,30%).

* fonte: Prefettura di Grosseto

Provincia di Arezzo:

L'andamento della delittuosità nella Provincia di Arezzo nei periodi considerati (1 gennaio – 20 novembre 2023 e 1 gennaio 30 novembre 2024) evidenziano:

- un aumento dei furti complessivamente intesi in provincia (+ 3,85%), e nel Comune di Arezzo (1,35%), sebbene l'aumento in Provincia sia meno considerevole rispetto a quello dello scorso anno.

- un aumento dei reati connessi agli stupefacenti in provincia (+ 47,62%) e un aumento nel Comune di Arezzo, pari a 106,82%, a differenza di quanto rilevato lo scorso anno in cui era stata evidenziata una notevole diminuzione.
- un aumento dei delitti informatici sia nella Provincia di Arezzo (+34,78%) che nel Comune di Arezzo (+25%), in netta controtendenza rispetto allo scorso anno in cui si era registrata una considerevole diminuzione.

* fonte: Prefettura di Arezzo

CONTESTO INTERNO

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

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

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

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

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

Nel 2023 la verifica esterna da parte di Kiwa, per il rilascio della certificazione, è stata effettuata in data 23, 28 e 29 agosto 2023.

Nel 2024 la verifica esterna da parte di Kiwa, per il mantenimento della certificazione, è stata effettuata in data 24 e 25 luglio 2024, evidenziando che il percorso di certificazione avviato nel 2023 è proseguito attraverso la declinazione in ciascun processo di metodi e strumenti utili e necessari a raggiungere mappature più puntuali in merito alle diverse fasi di sviluppo, azioni, monitoraggio e miglioramento continuo.

È stato apprezzato il forte senso di appartenenza dei professionisti intervistati in audit, con la loro consapevolezza di poter contare sulla dirigenza del Dipartimento per poter sperimentare e realizzare nuove modalità gestionali ed organizzative, pur nel rispetto delle normative cogenti di livello sovraordinato e dell'alta complessità.

Contemporaneamente, nel settore amministrativo, l'anno 2023 è stato contraddistinto dall'approvazione di specifici **Regolamenti operativi di macrostrutture tecnico-amministrative** (Regolamento operativo Dipartimento Affari Generali, deliberazione n. 137 del 14 febbraio 2023, Regolamento operativo Staff Direzione Aziendale, deliberazione n. 704 del 21 giugno 2023, Regolamento operativo Dipartimento Risorse Umane, deliberazione n. 953 del 12 settembre 2023), sempre con l'obiettivo di individuare una cornice organizzativa definita, chiara e condivisa.

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

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

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

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

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

contratti per beni e servizi è funzione propria dell'Ente di supporto tecnico amministrativo della Regione (ESTAR) che assicura il processo per conto delle Aziende Sanitarie.

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

Nel corso dell'anno 2024 è proseguito il percorso di riorganizzazione aziendale, su precisa volontà della Direzione aziendale che, sulla base dell'esperienza maturata ed alla luce delle nuove esigenze aziendali, ha evidenziato, anche in considerazione della vastità del proprio ambito territoriale, la necessità di dover rimodulare l'assetto organizzativo delle strutture aziendali per assicurare una maggiore prossimità ai territori dei livelli di governo e di gestione delle attività e delle risorse, nell'ottica di una maggiore efficienza organizzativa e di una più puntuale risposta ai cittadini.

È stata pertanto approvata la deliberazione n. 506 del 15 maggio 2024, con la quale è stato istituito il nuovo **Repertorio delle strutture organizzative dell'Azienda Usl Toscana sud est**, successivamente integrata con deliberazione n. 1025 del 16 ottobre 2024.

Sono seguiti una serie di atti tesi all'individuazione dei relativi responsabili, come previsto nella citata deliberazione n. 506 del 15 maggio 2024.

A completamento della riorganizzazione delle strutture, sono intervenuti tre atti, a fine 2024, relativi all'adozione dei **Regolamenti operativi interni delle macrostrutture aziendali di natura sanitaria e dei servizi sociali** (rispettivamente, deliberazione n. 1205 e n. 1206 del 21 novembre 2024) e all'adozione dei **Regolamenti operativi interni delle macrostrutture aziendali di natura tecnico – amministrativa** (deliberazione n. 1266 del 25 novembre 2024) al fine di aggiornare precedenti regolamenti non più attuali.

Nel corso del 2024, con deliberazione n. 255 del 12 marzo 2024, è stata adottata la deliberazione relativa all'approvazione del **Rendiconto di programmazione integrata Area vasta sud est 2023** e del **Documento di programmazione integrata area vasta sud est 2024-2026** in continuità con l'atto presentato l'anno precedente.

Il documento ha rappresentato la necessità, da parte delle Direzioni Aziendali, di dare continuità ai percorsi assistenziali esistenti, potenziandone le azioni e definendo nuovi obiettivi e linee di azione che individuino i livelli di programmazione congiunta di Area Vasta per il triennio 2024-2026, dell'Azienda USL Toscana sud est (AUSLTSE), dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese e dell'Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale (ESTAR).

Nel 2024, inoltre, l'Azienda USL Toscana sud est ha ricevuto la certificazione per la parità di genere rilasciata da Kiwa Cermet Italia, secondo la prassi di riferimento UNI/PdR 125:2022 volta ad assicurare una politica di gender equality e la creazione di un ambiente di lavoro inclusivo. L'Azienda ha concluso con successo l'audit di certificazione del sistema di gestione per la parità di genere e si è confermata la prima azienda sanitaria della Toscana e una delle prime in Italia a giungere a questo prestigioso traguardo.

LA MAPPATURA DEI PROCESSI

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

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

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

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

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

Per **l'anno 2023**, l'RPC ha provveduto a selezionare **n. 49 processi**, individuati in condivisione con i Direttori di struttura e/macrostruttura interessati con i quali sono state effettuate specifiche riunioni nell'autunno 2022 al fine di censire i processi ritenuti più significativi in considerazione di una potenziale esposizione a rischi corruttivi, sia perché afferenti alle Aree di rischio individuate da ANAC, sia perché si trattava di processi relativi alla gestione di risorse finanziarie o connotati da un certo livello di discrezionalità o di notevole impatto socio economico.

In particolare, numerosi processi afferivano al Dipartimento Tecnico, nonostante che, per l'Azienda USL Toscana sud est, le gare correlate al PNRR siano state stipulate dall'Agenzia nazionale per l'attrazione degli investimenti e lo sviluppo d'impresa s.p.a. – Invitalia, come già precisato nel paragrafo precedente. Dalla mappatura dei processi selezionati, sono emerse le misure individuate per la mitigazione del rischio e di cui è stato dato conto nel paragrafo relativo a "Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure" della sezione anticorruzione del PIAO approvato con deliberazione n. 93 del 29 gennaio 2024.

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

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

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

Costituivano esempi della prima tipologia i processi relativi a:

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

Costituivano esempi della seconda tipologia i processi relativi a:

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

- b) alcuni processi sono stati suggeriti dai Referenti anticorruzione nel corso degli incontri realizzati con l'RPC e la struttura di supporto, in quanto ritenuti meritevoli di mappatura. La conoscenza delle strutture e dei modelli organizzativi ha permesso ai Referenti anticorruzione di cogliere le potenziali criticità di processi e procedure, contribuendo ad indirizzare l'RPC che non sempre è a conoscenza delle singole modalità organizzative di un'Azienda tanto vasta.

Ne sono esempi i seguenti processi:

- modalità di autorizzazione dei subappalti;
- controlli di unità locale per fini di sanità pubblica;

- erogazione dei voucher di libera scelta delle R.S.A.
- c) il terzo gruppo di processi è costituito da quelli per i quali, al momento del monitoraggio sull'attuazione delle misure dei processi mappati durante l'anno precedente, è emerso che le misure individuate per l'anno 2023 NON erano state attuate.

Si è trattato di 10 processi – diventati 11 per lo sdoppiamento di uno di essi, per i quali l'RPC ha valutato opportuno richiedere al relativo Responsabile una ulteriore mappatura per l'anno successivo, con valutazione del rischio e successiva individuazione e programmazione delle misure. L'elenco completo dei processi relativi all'anno 2023 per i quali le misure non sono state attuate, costituisce l'allegato n. 6.

In particolare, 6 di questi processi, afferenti a diverse aree di rischio, preludevano direttamente allo sviluppo dell'assistenza territoriale, rispetto ai quali l'Azienda manifesta particolare attenzione in quanto destinati ad incrementarne il valore pubblico.

L'elenco completo dei processi mappati per l'anno 2024 costituisce l'allegato n. 7, mentre il prospetto relativo all'attuazione delle relative misure costituisce l'allegato n. 8.

Per l'anno 2025, le sfide principali per l'Azienda saranno la prosecuzione dell'implementazione di tutti i progetti legati al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il mantenimento della qualità e appropriatezza delle cure con un'attenzione particolare ai tempi di attesa e alla sostenibilità economica. L'RPC ha pertanto proceduto a richiedere ai relativi Responsabili la puntuale mappatura di **n. 50 processi** selezionati con l'obiettivo di focalizzare l'attenzione su quelli ritenuti più significativi in considerazione delle linee strategiche sopra indicate e di una potenziale esposizione a rischi corruttivi in quanto relativi alla gestione di risorse finanziarie o connotati da un certo livello di discrezionalità o di notevole impatto socio economico.

I processi in esame non sono stati mappati negli anni immediatamente antecedenti a quello in corso.

Pertanto sono stati individuati:

- a) una serie di processi correlati all'applicazione del nuovo Codice dei contratti pubblici, D.Lgs 31 marzo 2023 n. 36, con particolare riferimento alla selezione del personale beneficiario di incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del D.Lgs. 31 marzo 2023 n. 36 e alla verifica dell'attività svolta dal personale selezionato;
- b) una serie di processi specificamente afferenti all'area di rischio relativa ai provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con e senza effetto economico diretto ed immediato per il destinatario di competenza delle strutture amministrative territoriali;
- c) una serie di processi relativi alla gestione delle risorse umane, con particolare attenzione al conferimento degli incarichi di lavoro autonomo, ai sensi dell'art. 7, comma 6 del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 e alla corretta gestione della libera professione, specifica area di rischio del settore sanitario;
- d) altri processi, come per l'anno precedente, suggeriti dai Referenti anticorruzione la cui Rete è stata rinnovata nel corso dell'anno 2024 al fine di individuare operatori motivati in grado di cogliere le potenziali criticità di processi e procedure, grazie alla specifica conoscenza delle rispettive strutture e dei relativi modelli organizzativi.

L'ulteriore novità relativa alla mappatura 2025 consiste nel fatto che è stata richiesta la mappatura di ciascun processo alle strutture complesse territorialmente individuate, laddove il criterio fosse applicabile, a differenza degli anni scorsi in cui un unico processo veniva mappato a livello della macrostruttura di riferimento per individuarne le caratteristiche salienti e trasversali che non tenessero conto delle singole disomogeneità provinciali.

La scelta di effettuare una mappatura a livello di singole strutture complesse e non di macrostruttura, in modo tale che lo stesso processo in alcuni casi è stato mappato più volte, risponde alla precisa necessità di verificare se, a distanza di oltre otto anni dall'unificazione, in Azienda persistono sostanziali differenze operative e procedurali che inducano anche ad una diversa percezione del rischio corruttivo e delle misure da applicare.

Quanto sopra è ovviamente attuabile esclusivamente a processi afferenti ad alcune tipologie di strutture, in particolare a quelli di competenza delle unità operative di supporto amministrativo di Zona Distretto e a quelle del Dipartimento Tecnico, particolarmente impegnato nell'attuazione dei progetti correlati al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Ne costituiscono esempi pratici i processi:

- selezione del personale beneficiario degli incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023
- - verifica attività svolta dal personale selezionato e soggetto ad incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023

entrambi attribuiti a tutte le strutture del Dipartimento tecnico, oppure:

- erogazione del contributo regionale finalizzato al supporto di un care giver in favore di pazienti affetti dalla SLA nelle singole strutture di supporto amministrativo delle Zone Distretto.

In definitiva, i **50** processi mappati per l'anno 2025 afferiscono alle seguenti aree di rischio individuate da ANAC:

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

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

I processi selezionati per questo settore sono **12**, di cui **9** relativi a provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario e **3** relativi a provvedimenti senza effetto economico diretto ed immediato, contro i **5** processi totali dello scorso anno afferenti alla medesima area di rischio.

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

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

Tuttavia, l'Azienda gestisce direttamente i contratti per i lavori attribuiti alla competenza del Dipartimento Tecnico, nonché i contratti per beni e servizi sottosoglia, attribuiti alla UOC Gestione forniture beni e servizi, programmazione e rapporti con ESTAR.

Per la rilevanza della tematica, i processi in esame per l'2025 sono **16**, contro i **7** processi dello scorso anno.

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

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

I processi selezionati nel 2025 sono **3**, come lo scorso anno.

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

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

Il processo selezionato è **1**, come nel 2024.

Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni:

Le attività di controllo, verifica, ispezione e sanzioni sono di carattere trasversale e possono afferire alle competenze di più macrostrutture.

Quest'anno i processi esaminati per quest'area di rischio afferiscono prevalentemente al Dipartimento Tecnico e sono **10**, contro i **6** processi dell'anno precedente.

Incarichi e nomine:

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

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

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

1 processo mappato per l'anno 2025, così come per l'anno precedente.

Affari legali e contenzioso:

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

Quest'anno è stato mappato **1** solo processo, contro i **2** processi mappati lo scorso anno.

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

Attività libero professionale:

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

2 sono i processi esaminati quest'anno per questo specifico settore., come lo scorso anno.

Liste di attesa:

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

Per il 2025 è stato mappato **1** processo, a differenza dei **2** processi mappati per l'anno 2024.

Rapporti contrattuali con soggetti erogatori:

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

In considerazione della rilevanza della materia, l'Azienda, inoltre, con deliberazione n° 480 del 17 aprile 2019 ha istituito il Nucleo Operativo Controlli Sanitari (N.O.C.S.) cui è demandato lo svolgimento delle attività di verifica, monitoraggio e controllo sanitario sulla qualità e appropriatezza, clinica ed organizzativa, delle prestazioni rese direttamente dalle proprie strutture e da strutture private accreditate convenzionate, al fine di assicurare la tutela della salute e della sicurezza dei pazienti. Con deliberazione n° 923 del 6 luglio 2022 è stata inoltre adottata la prima revisione al Regolamento di organizzazione e funzionamento delle attività di controllo sulle strutture pubbliche di pertinenza, le strutture private accreditate convenzionate e Aziende termali convenzionate. Per la rilevanza dell'area sopracitata, è stato deciso di mappare per l'anno 2025 **1** processo in materia, come lo scorso anno.

Altro (Sponsorizzazioni e Donazioni):

Per l'anno 2025, sono stati mappati **2** processi, come per l'anno precedente.

L'elenco completo dei processi mappati per l'anno 2025 costituisce l'allegato n. 9.

VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL RISCHIO

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

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

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

Lo strumento di valutazione che costituisce l'allegato n.1 alla Procedura sopra citata è denominato "scheda di gestione del rischio" e, nell'anno 2024 è stato ulteriormente integrato rispetto alla versione precedente.

Oltre alle n.3 sezioni previste nella formulazione originale:

- "valutazione rischio inerente",
- "valutazione del rischio residuo"
- "scheda di rischio"

nel corso dell'anno 2024 è stata aggiunta una quarta sezione denominata:

- "registro dei rischi"

in cui vengono indicati gli eventi rischiosi potenzialmente correlati al processo in esame.

Lo strumento viene somministrato, sotto forma di un semplice questionario, a ciascun Responsabile di processo tramite l'invio di un link personalizzato per l'accesso ad un format in cui un percorso obbligato determina l'obbligo di rispondere ad una serie di domande per:

- procedere alla descrizione del processo mediante la rilevazione degli elementi suggeriti da ANAC nelle suddette indicazioni metodologiche,
- effettuare la valutazione del rischio inerente,
- effettuare la valutazione del rischio residuo,
- procedere all'individuazione delle misure di trattamento del rischio,

- e, dall'anno 2025, individuare potenziali "eventi rischiosi", con l'obiettivo di identificare comportamenti o fatti (anche potenziali) che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'Azienda, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo, alla luce della valutazione del rischio inerente e del rischio residuo.

Per un esame più approfondito dello strumento, si rinvia alla "Procedura per la gestione del rischio di corruzione" sopra citata (allegato n. 3).

Gli allegati n.4, n.5, n.7,e n.9 relativi ai processi mappati per gli anni 2022, 2023, 2024 e 2025 costituiscono soltanto degli **ESTRATTI** del più articolato set di domande sottoposto con il questionario a ciascun Responsabile di struttura per effettuare la mappatura, la valutazione e il trattamento del rischio, i cui contenuti integrali sono agli atti della struttura di supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Dagli estratti in questione, per ciascun processo si evincono altresì:

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

ed, esclusivamente dalla mappatura dei processi anno 2025 anche:

- registro degli eventi rischiosi

Infine, come ulteriore elemento di sollecitazione all'adozione delle misure di trattamento del rischio, per l'**anno 2024**, l'RPC aveva disposto di attribuire a tutte le strutture coinvolte nel processo di mappatura dell'anno in corso, l'obiettivo trasversale **AZ_B4_017 Adozione di misure di prevenzione del rischio individuate nella Sezione Prevenzione della Corruzione del P.I.A.O** con lo scopo di sensibilizzare ulteriormente i relativi Responsabili.

Nel prossimo paragrafo e, più dettagliatamente, nell'allegato n. 8 si dà conto dello stato di attuazione delle misure programmate per l'anno 2024.

Per l'**anno 2025**, si procederà ad effettuare eventuali valutazioni in merito alla possibilità di affinare ulteriormente lo strumento di valutazione del rischio.

Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

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

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

I 60 processi erano stati trattati secondo la metodologia di cui alla "Procedura per la gestione del rischio di corruzione" (allegato n. 3) con l'unica variante che prevedeva l'individuazione di una soglia di sbarramento in base alla quale soltanto i processi che avessero ottenuto un punteggio medio di rischio

residuo “adeguato”, “parzialmente adeguato” o “non adeguato/assente”, avrebbero dovuto subire un ulteriore trattamento del rischio rispetto alle misure già esistenti e individuate nel corso degli anni precedenti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Di seguito un riepilogo delle misure individuate:

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

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

Per **l'anno 2024** sono stati mappati n. 38 processi per un totale di 70 misure di trattamento del rischio individuate.

Anche per l'anno 2024, l'RPC ha stabilito di attribuire a tutte le strutture interessate al processo di mappatura, l'obiettivo trasversale **AZ_B4_017 Adozione di misure di prevenzione del rischio individuate nella Sezione Prevenzione della Corruzione del P.I.A.O.**

Dal monitoraggio effettuato a fine anno, è emerso che, in relazione ai 38 processi mappati, per i quali sono state individuate un totale di 70 misure:

- 64 misure sono state regolarmente attuate e, laddove possibile, è stata fornita documentazione della relativa attuazione
- 6 misure non sono state attuate, relative a n. 4 processi

Di seguito un riepilogo delle misure individuate:

- Misure trattamento del rischio – anno 2024	- Previste	- Attuate	- Non attuate
- Misura di controllo	- 13	- 13	- 0
- Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	- 13	- 13	- 0
- Misura di disciplina del conflitto di interessi	- 6	- 5	- 1
- Misura di formazione	- 18	- 15	- 3
- Misura di regolamentazione	- 12	- 11	- 1
- Misura di rotazione	- 2	- 2	- 0
- Misura di semplificazione	- 1	- 1	- 0
- Misura di trasparenza	- 5	- 4	- 1
- Totale	- 70	- 64	- 6

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Le misure generali

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

Il codice di comportamento

All'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n° 165 viene inserito il comma 1 bis, introdotto dall'art. 4 comma 1 lettera a) del decreto legge 30 aprile 2022, convertito con modificazioni dalla legge 29 giugno 202 n° 79 che prevede l'inserimento nel Codice di comportamento di una sezione dedicata al corretto utilizzo delle tecnologie informatiche e dei mezzi di informazione e social media da parte dei dipendenti pubblici, anche al fine di tutelare l'immagine della pubblica amministrazione.

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

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

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

L'aggiornamento del Codice di Comportamento viene assicurato dall'ufficio procedimenti disciplinari dell'Azienda, ai sensi dell'art. 15 comma 3 del D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62.

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

- in primo luogo perché a tutte le strutture era stato assegnato l'obiettivo **AZ_B4_001b** "Divulgazione del Codice di Comportamento e P.I.A.O. riscontrabile da riunione di struttura o da altre iniziative ove risulti il livello di partecipazione degli operatori". Da un riscontro effettuato a metà dicembre 2023, **523** strutture su **551** avevano raggiunto l'obiettivo, con una percentuale di successo pari al 94,91%.
- in secondo luogo perché la diffusione del Codice di Comportamento era stato oggetto di numerosi eventi formativi, come risulta chiaramente dai dati riportati nella specifica sezione relativa alla "Formazione".

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

In questa annualità, l'obiettivo **AZ_B4_001b** "Divulgazione del Codice di Comportamento e P.I.A.O. riscontrabile da riunione di struttura o da altre iniziative ove risulti il livello di partecipazione degli operatori" è stato raggiunto da **533 strutture** su **548** strutture totali (rilevazione al 16 dicembre 2024) con una percentuale di successo pari al 97,26%.

Per quanto riguarda la formazione, nell'anno 2024 l'RPC ha organizzato corsi di formazione ad hoc in materia di codice di comportamento, i cui volumi sono dettagliatamente evidenziati nel paragrafo relativo a "La formazione" del presente documento.

Per l'anno 2025, l'RPC ha previsto di attribuire a tutte le strutture l'obiettivo trasversale unico **AZ_VI_017** "Divulgazione del Codice di Comportamento e del Regolamento sul Conflitto di interessi riscontrabile da riunione di struttura ove risulti il livello di partecipazione degli operatori".

L'obiettivo è annoverato anche nella sottosezione "Valore pubblico" del presente documento.

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, si individua per l'anno 2025:

- n° revisioni del Codice/n° di aggiornamenti normativi = 1

Struttura responsabile: Ufficio procedimenti disciplinari

Misure di disciplina del conflitto di interesse

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

- a) aveva posto come obiettivo di budget trasversale a tutte le strutture aziendali l'obiettivo codice "AZ_B4_013 - Compilazione report sul conflitto di interesse del personale afferente la struttura" al fine di sensibilizzare tutti i centri di responsabilità aziendali in merito alla rilevanza della tematica in

oggetto e come occasione di riflessione circa il ruolo che ciascun Dirigente di struttura deve assumere nella valutazione di potenziali situazioni di conflitto di interessi che possano presentarsi;

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

A seguito del coinvolgimento di tutte le strutture interessate, con deliberazione n° 1629 del 27 dicembre 2022, era stato approvato in via sperimentale per sei mesi, il Regolamento relativo alla gestione del conflitto di interessi con lo scopo di definire i criteri e le modalità per una corretta prevenzione, rilevazione e gestione delle possibili situazioni di conflitto di interessi, in conformità alla normativa vigente e alle linee guida ANAC.

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

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

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

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

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

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

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

Per l'anno 2024, l'RPC aveva nuovamente attribuito a tutte le strutture l'obiettivo **AZ_B4_016** "Divulgazione del Regolamento sul Conflitto di Interessi riscontrabile da riunione di struttura o da altre iniziative ove risulti il livello di partecipazione degli operatori. Numero riunioni e/o iniziative" al fine di garantirne la massima diffusione.

Da una rilevazione effettuata al 16 dicembre 2024, l'obiettivo risulta ampiamente raggiunto in quanto **453** strutture su **551** totali hanno conseguito il raggiungimento dell'obiettivo, con una percentuale di successo pari al 82,21%.

Anche per quanto concerne la formazione, nell'anno 2024 l'RPC ha organizzato corsi di formazione ad hoc in materia di conflitto di interessi e, in particolare, relativi alla diffusione del Regolamento approvato con deliberazione n. 1302 del 15 dicembre 2023, i cui volumi sono dettagliatamente evidenziati nel paragrafo relativo a "La formazione" del presente documento.

Per l'anno 2025, l'RPC ha previsto di attribuire a tutte le strutture l'obiettivo trasversale unico **AZ_VI_017** "Divulgazione del Codice di Comportamento e del Regolamento sul Conflitto di interessi riscontrabile da riunione di struttura ove risulti il livello di partecipazione degli operatori" e di

organizzare eventi formativi in materia di prevenzione della corruzione che contemplino focus in materia di conflitto di interessi.

L'obiettivo è annoverato anche nella sottosezione "Valore pubblico" del presente documento.

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, si individua per l'anno 2025:

- n° dichiarazioni del conflitto di interessi (inconferibilità/incompatibilità) acquisite relative a incarichi conferiti /n° di incarichi conferiti= 1

Struttura responsabile: UOC Gestione economica del personale dipendente

UOC Programmazione strategica (esclusivamente per incarichi di Direzione)

Inconferibilità / incompatibilità di incarichi

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

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

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

ANAC infatti, ha stabilito che gli incarichi dirigenziali non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario, rientrano nella definizione di "incarichi dirigenziali interni e esterni" di cui all'art. 3 comma 1 lett. c) del decreto legislativo 8 aprile 2013 n° 39 per i quali vigono le ordinarie regole previste dal citato decreto, non essendo sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medico sanitaria.

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

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

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

Nel corso dell'anno 2024, l'Azienda ha provveduto ad acquisire:

- n. 39 dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità
- n. 53 dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità

Le dichiarazioni sono state richieste per gli incarichi di Direzione (ad eccezione che per il Direttore Generale per il quale provvede Regione Toscana), per i Direttori di Zona Distretto, come già attuato

negli scorsi anni, ma anche per i Dirigenti individuati dal Capo IV del citato Regolamento, a cura delle competenti strutture del Dipartimento Risorse Umane.

Anche per questo specifico settore, per l'anno 2025 l'Azienda si pone l'obiettivo di dare la più ampia diffusione nonché piena attuazione al Regolamento stesso.

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, si individua per l'anno 2025:

- redazione di una procedura finalizzata al controllo delle dichiarazioni rese= 1

Struttura responsabile: UOC Gestione economica del personale dipendente

Gli incarichi extraistituzionali

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

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

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

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

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

In definitiva, anche per l'anno 2023 non sono risultati casi di violazione del Regolamento di riferimento. Nel corso dell'anno, in Azienda, sono stati autorizzati n. 1636 incarichi extra istituzionali e n. 2 incarichi non sono stati autorizzati.

Per l'anno 2024, sono stati autorizzati n. 1750 incarichi extra istituzionali e n. 4 incarichi non sono stati autorizzati.

Le attività autorizzate sono relative a consulenze richieste ai nostri professionisti sanitari nell'ambito di eventi, tavole rotonde, ecc., commissioni di concorso, componenti di collegi tecnici, docenze a corsi universitari e non, apertura di attività/società consentite, componenti negli organi di soggetti

pubblici/privati, consulente tecniche di parte, apertura di P.I., incarichi relativi all'organizzazione di eventi di vario tipo da parte di case farmaceutiche attraverso i provider etc.

Per l'anno 2025, l'Azienda si propone l'obiettivo di approvare il nuovo schema di Regolamento già predisposto.

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, si individua per l'anno 2025:

- approvazione della revisione di Regolamento Aziendale= 1

Struttura responsabile: UOC Gestione Giuridica del personale dipendente

Divieti post-employment (pantouflage)

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

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

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

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

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

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

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

Su espressa indicazione del RPC, il punto 3) dovrà essere rispettato integralmente e, pertanto, anche nei contratti di appalto del Dipartimento tecnico dovrà essere inserita specifica clausola di divieto.

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

L'Azienda USL Toscana sud est nell'anno 2024, in attesa dell'approvazione da parte di ANAC di un Regolamento in materia, si era riproposta di elaborare una procedura concordata tra il Responsabile della prevenzione della corruzione e il Dipartimento Risorse Umane che tenesse conto della maggior rilevanza attribuita dalla normativa vigente a questa specifica misura.

Con delibera n. 493 del 25 settembre 2024, ANAC ha emanato le Linee Guida, con lo scopo di supportare le Amministrazioni nell'applicazione del divieto. La delibera fornisce indirizzi interpretativi e operativi sui profili sostanziali e sanzionatori riguardanti il pantouflage. Le Linee Guida approvate sono da intendersi come integrative di quanto indicato già nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Il Dipartimento di Risorse Umane dell'Azienda, come previsto, ha pertanto adottato in data 21 ottobre 2024 una Procedura aziendale denominata "Gestione del rischio pantouflage" (PA-DRU_001) in cui si individuano le modalità operative e le azioni di monitoraggio.

Per l'**anno 2025**, l'Azienda, attraverso il Direttore del Dipartimento Risorse Umane, si ripropone di garantire una gestione efficace in ogni fase del processo, mediante un monitoraggio trimestrale sulle assunzioni e cessazioni e sugli incarichi di lavoro autonomo conferiti nel periodo per verificare l'applicazione della procedura ed, eventualmente, intervenire con azioni correttive.

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, si individua per l'anno 2025:

- n° revisioni procedura "Gestione del rischio pantouflage a cura del Dipartimento Risorse Umane/ n° aggiornamenti normativi= 1

Struttura responsabile: Dipartimento Risorse Umane

La formazione

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

Corsi / Incontri organizzati in Azienda									
Data	Corso/Incontro	Destinatari	Area territoriale/Dipartimento	Ore di formazione					
				Ore evento	RPCT	Staff RPCT	Referenti	Dirigenti	Funzionari
06/04/2023	Codice Etico e Codice di condotta aziendale: dai valori ai comportamenti. Focus sull'uso corretto dei social media aziendali	Tutti i dipendenti	Arezzo	5	15	15	5	5	5
21/04/2023	Codice Etico e Codice di condotta aziendale: dai valori ai comportamenti. Focus sull'uso corretto dei social media aziendali	Tutti i dipendenti	Grosseto	5					
27/04/2023	Codice Etico e Codice di condotta aziendale: dai valori ai comportamenti. Focus sull'uso corretto dei social media aziendali	Tutti i dipendenti	Siena	5					
10/05/2023	Incontro divulgativo Prevenzione della Corruzione	Tutti i dipendenti	Nottola	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
17/05/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Tutte le province	4,5	30,5	30,5	12,5	12,5	12,5
26/06/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Siena	5					

27/06/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Arezzo	5					
05/07/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Grosseto	4					
18/07/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Zone Distretto	1					
20/07/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Presidio Ospedaliero	1					
20/07/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Dip. Prevenzione	1					
18/08/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Dip. Farmaco	1					
24/08/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Dip. Gestione Economiche e Finanziarie	1					
24/08/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Area Contratti	1					
25/08/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	U.O.C. Controllo di Gestione	1					
25/08/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Dip. Tecnico	1					
25/08/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Privato Accreditato	1					
11/09/2023	Gestione del Rischio Incontro	Referenti Prevenzione della Corruzione	Dip. Risorse Umane	1					
20/04/2023	Gestione del rischio Incontro online	Referenti Prevenzione della Corruzione	Tutte le province	2	15	15	5	5	5
21/09/2023	Il nuovo Regolamento sulla disciplina del conflitto di interessi: focus sulla gestione dell'attività extra impiego	Tutti i dipendenti	Arezzo	5					
26/09/2023	Il nuovo Regolamento sulla disciplina del conflitto di interessi: focus sulla gestione dell'attività extra impiego	Tutti i dipendenti	Grosseto	5					
03/10/2023	Il nuovo Regolamento sulla disciplina del conflitto di interessi: focus sulla gestione dell'attività extra impiego	Tutti i dipendenti	Siena	5					

24/10/2023	Webinar: Il codice di comportamento e l'uso dei social network aziendali – FAD Sincrona	Tutti i dipendenti	Tutte le province	4	4	4	4	4	4
23 date, due volte al mese	CORSO NEOASSUNTI AZIENDA USL TOSCANA SUD EST: ORGANIZZAZIONE E CODICE DI COMPORTAMENTO	Tutti i dipendenti	Tutte le province	4	92	92	0	4	4

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

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

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

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

Nell'anno considerato, si sono svolti gli eventi formativi sopra indicati come da programmazione, dedicati a tutte le figure professionali di diversi ruoli (sanitario, tecnico, amministrativo, professionale):

CORSI IN PRESENZA:

- 1) "Il Codice di comportamento aziendale": n° 3 edizioni di 5 ore ciascuna svolte nelle 3 sedi territoriali di Poggibonsi (Siena), Grosseto, Arezzo.
 - Per la sede di Poggibonsi (Siena) – Ospedale di Campostaggia - 14 maggio 2024, n. **83** discenti
 - Per la sede di Grosseto – Ospedale Misericordia – 28 maggio 2024, n. **110** discenti
 - Per la sede di Arezzo – Ospedale san Donato – 7 giugno, n. **146** discenti
- 2) "Il nuovo regolamento sulla disciplina del conflitto di interessi: focus sugli obblighi di pubblicazione": n° 3 edizioni di 5 ore ciascuna svolte nelle 3 sedi territoriali di Orbetello (Grosseto), Montevarchi (Arezzo), Montepulciano (Siena)
 - Per la sede di Orbetello (Grosseto) Ospedale San Giovanni di Dio– 26 settembre 2024, n. **39** discenti
 - Per la sede di Montevarchi (Arezzo) Ospedale Valdarno La Gruccia– 3 ottobre 2024, **17** discenti
 - Per la sede di Montepulciano (Siena) Ospedali riuniti della Valdichiana – 24 ottobre 2024, **40** discenti

La previsione di più edizioni per ogni corso, una per ogni area provinciale, nonché la scelta di raggiungere anche sedi meno centrali per ogni provincia è stata fortemente voluta dal RPC al fine di effettuare un'azione di sensibilizzazione su tematiche inerenti la prevenzione della corruzione anche presso operatori (perlopiù sanitari), assegnati a sedi più distanti dove tradizionalmente meno frequentemente vengono organizzati corsi di formazione e dalle quali è meno agevole spostarsi per partecipare ad iniziative di formazione presso sedi centrali.

FAD SINCRONA (Webinar):

- 1) "Il nuovo regolamento sulla disciplina del conflitto di interessi: focus sul nuovo codice dei contratti pubblici": n° 1 edizione di 4 ore, n. **16** discenti

FAD ASINCRONA:

- "Prevenzione della corruzione e codice di comportamento: lo specifico ambito sanitario- Corso base", n. **90** discenti
- "Il sistema di prevenzione e repressione della corruzione- Corso avanzato", n. **217** discenti
- "Codice di comportamento", n. **272** discenti

- “Corso per neoassunti” (comprensivo di una sezione relativa a materie inerenti l’anticorruzione, in particolare, approfondimento sul Codice di Comportamento Aziendale, n. 233 discenti)

È stato inoltre organizzato un incontro formativo in data 13 maggio 2024 a Siena dedicato ai Referenti nominati a supporto dell’attività del RPC dal titolo “Pianificazione ed illustrazione dell’attività della Rete prevenzione della corruzione e, in particolare, della formazione in materia di prevenzione della corruzione”.

Per l’anno 2025, l’RPC ha programmato di organizzare i seguenti eventi formativi:

- “Buona amministrazione e deviazione dall’interesse pubblico: è possibile misurare la corruzione?”, n. 4 edizioni, di 5 ore ciascuna, in presenza.

Inoltre, nell’ambito del tavolo di coordinamento regionale degli RPCT - costituito con la delibera di Giunta regionale n.1069 del 2 novembre 2016 – sono in corso di organizzazione i due seguenti eventi formativi:

- Corso FAD Regionale "Formazione per RPCT Aziendali e strutture di supporto" (si svolgerà presumibilmente entro giugno 2025)
- Aggiornamento corso FAD Regionale "Anticorruzione e Trasparenza (il corso FORMAS sarà disponibile da inizio anno 2025 ed è stato costruito con i contributi delle strutture di supporto di tutti gli RPC Regionali, in particolare, l’Azienda USL Toscana sud est ha collaborato per la “UD Conflitto di interessi”.

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, si individua per l’anno 2025:

- n° realizzazione corsi in materia di anticorruzione/ n° corsi programmati in materia di anticorruzione= 1

Struttura responsabile: Area Dipartimentale Sviluppo della professionalità

La rotazione ordinaria

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

A seguito del recepimento del documento in oggetto avvenuto con deliberazione aziendale n. 965 del 20 luglio 2022 “Principio di rotazione ex lege 6 novembre 2012 . 190, recepimento documento trasmesso da Regione Toscana”, il Direttore del Dipartimento Risorse Umane aveva elaborato il Piano di rotazione aziendale in cui si specificava che i regolamenti attualmente vigenti in azienda per il conferimento, rinnovo e revoca degli incarichi, già prevedono il criterio di rotazione, ove applicabile, al momento del conferimento degli stessi (artt. 7 e 8 del nuovo regolamento dei Dirigenti Area Sanità, di cui alla deliberazione n. 1424 del 25 ottobre 2021 e art.5 del nuovo regolamento per i Dirigenti dei ruoli PTA di cui alla deliberazione n.690/2022.).

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

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

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

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

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

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

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

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

I dati, forniti a consuntivo, relativi alla rotazione ordinaria per l’anno 2024 sono:

- **23** unità di personale Dirigente sottoposto a rotazione ordinaria di cui:
 - 8 unità hanno ricoperto la posizione da cui sono stati trasferiti mediamente per 5 - 7 anni
 - 15 unità hanno ricoperto la posizione da cui sono stati trasferiti mediamente oltre i 7 anni
- **44** unità di personale NON Dirigente sottoposto a rotazione ordinaria di cui:

- 4 unità hanno ricoperto la posizione da cui sono stati trasferiti mediamente per 3 - 5 anni
- 22 unità hanno ricoperto la posizione da cui sono stati trasferiti mediamente per 5 - 7 anni
- 18 unità hanno ricoperto la posizione da cui sono stati trasferiti mediamente oltre i 7 anni

Per l'**anno 2025** il Direttore del Dipartimento Risorse Umane ripropone una proposta che si attiene alle indicazioni della sopracitata deliberazione n. 965 del 20 luglio 2022 “Principio di rotazione ex lege 6 novembre 2012 190, recepimento documento trasmesso da Regione Toscana”, specificando che la rotazione effettuata nel 2024, nel processo di raffreddamento degli incarichi a seguito della riorganizzazione complessiva dell’assetto aziendale, ha previsto una rotazione dei Dirigenti coinvolti nei processi a più elevato rischio di corruzione.

Al fine di migliorare ulteriormente l’azione preventiva nell’anno 2025 è stato deciso di estendere l’attività di rotazione ai processi che determinano le spese di personale (liquidazione retribuzione e conferimento incarichi) intervenendo sugli incarichi dirigenziali afferenti all’Area della Gestione Giuridica ed Economica del Personale.

Tenuto conto del fatto che la rotazione ordinaria non deve determinare inefficienze e malfunzionamenti e che risulta consigliabile seguire un criterio di gradualità nella programmazione per evitare l’eventuale rallentamento dell’attività ordinaria e ricadute sui servizi svolti, la rotazione su tali incarichi dovrà tenere conto delle disponibilità in Azienda delle competenze ed esperienze specifiche, criterio garantito dalla procedura di valutazione adottata per l’affidamento degli incarichi, valutando in caso di necessità l’adozione di misure alternative in grado di produrre analoghi effetti sulla riduzione del rischio, come espressamente previsto nel documento trasmesso da Regione Toscana e recepito con deliberazione n. 965 del 20 luglio 2022.

Sono inoltre periodicamente soggetti a rinnovo i componenti delle commissioni multidisciplinari (ex commissioni di vigilanza e controllo delle strutture residenziali e semiresidenziali area socio sanitaria). In tali casi la rotazione è garantita dalla normativa regionale in materia, opportunamente osservata in Azienda e, nello specifico, dall’art. 33 comma 1 e 2 del DPGR 9 gennaio 2018 n. 2/R e s.m.i. relativo a “Regolamento di attuazione dell’art. 62 della legge regionale 24 febbraio 2005 n. 41 che prevede che i componenti della commissione durino in carica tre anni e possano essere confermati una sola volta, prevedendo pertanto una misura sufficientemente cautelativa che non determina la necessità di prevedere un Piano di rotazione degli stessi.

Anche questo Piano contempla “misure alternative” per strutture a rischio elevato non assoggettabili a rotazione, in conformità con quanto previsto dal punto 4.6. del documento trasmesso da Regione Toscana che ricalcano integralmente quelle sopracitate.

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, si individua per l’anno 2025:

- realizzazione dell’obiettivo indicato nel Piano di rotazione proposto dal Dipartimento Risorse umane in merito all’estensione dell’attività di rotazione ai processi che determinano le spese del personale (liquidazione retribuzione e conferimento incarichi) intervenendo sugli incarichi dirigenziali afferenti all’Area della Gestione Giuridica ed Economica del personale= 1

Struttura responsabile: Dipartimento Risorse Umane

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

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

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

In particolare, i Dirigenti provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

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

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

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

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

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

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

Anche nell' anno 2024 non è stato necessario adottare alcuna misura di rotazione straordinaria.

Nel medesimo anno, inoltre, non è stato notificato alcun procedimento penale per fatti di natura corruttiva a carico di dipendenti dell'Azienda, né si sono conclusi con sentenza o altro provvedimento definitivo procedimenti penali per fatti di natura corruttiva a carico degli stessi.

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, si individua per l'anno 2025:

- n° comunicazioni relative all'avvio di procedimenti penali o disciplinari o all'esistenza di condotte di natura corruttiva alla Direzione Amministrativa/ n° di procedimenti penali o disciplinari o all'esistenza di condotte di natura corruttiva

Struttura responsabile: Dipartimento Risorse Umane

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

Con Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24 "Attuazione della direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano

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

L'Azienda nel 2023 aveva pertanto provveduto ad aggiornare la procedura per la segnalazione di illeciti e relativa tutela del dipendente segnalante precedentemente approvata (whistleblowing policy).

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

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

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

1. Segnalazione scritta tramite piattaforma informatica

L'Azienda USL Toscana sud est prevede come unica modalità di segnalazione in forma scritta la sua effettuazione "on line" tramite la Piattaforma "WhistleblowingPA (WBPA)".

Per effettuare una segnalazione on line, occorre collegarsi al seguente link: <https://whistleblowing.auslse.toscana.it/#/> disponibile anche nel Sito istituzionale www.uslsudest.toscana.it (Sezione Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Prevenzione della corruzione - Whistleblowing).

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

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

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

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

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

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

A completamento di quanto sopra, la normativa in materia prevede ulteriori canali per la presentazione delle segnalazioni, esterni all'Azienda:

- 1)** canale esterno presso ANAC
- 2)** divulgazione pubblica

Il D.Lgs. 10 marzo 2023 n.24 e le successive linee guida ANAC approvate con delibera n. 311 del 12 luglio 2023 disciplinano dettagliatamente le procedure per la presentazione per queste ultime tipologie di segnalazioni.

Nell'anno 2024 è stata ulteriormente aggiornata la procedura "Per la segnalazione di illeciti e relativa tutela del dipendente segnalante" con l'aggiunta di un diagramma di flusso che descrive in maniera dettagliata il processo di gestione delle segnalazioni di illeciti.
Le segnalazioni pervenute tramite il canale whistleblowing nell'anno considerato sono 6.

Per l'anno 2025, l'Azienda si prefigura l'obiettivo di monitorare costantemente l'aggiornamento della procedura interna alla luce di eventuali modifiche normative che possano intervenire.

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, si individua per l'anno 2025:

- n° revisioni procedura "Per la segnalazione di illeciti e relativa tutela del dipendente segnalante"/n° aggiornamenti normativi= 1

Struttura responsabile: UOC Programmazione strategica (come struttura di supporto all'RPC)

I patti di integrità

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

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

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

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

Numero Patti di integrità 2023				
Struttura	Patti di integrità in Bandi	Patti di integrità in Contratti	Controlli effettuati	Violazioni Accertate
AREA GESTIONE E PROGRAMMAZIONE TECNOLOGIE	0	88	0	0
UOC LAVORI PUBBLICI AREA PROVINCIALE ARETINA	11	53	0	0
UOC LAVORI PUBBLICI AREA PROVINCIALE GROSSETANA	15	50	0	0
UOC MANUTENZIONI AREA PROVINCIALE GROSSETANA				
UOC MANUTENZIONI AREA PROVINCIALE ARETINA	0	275	0	0
UOC PATRIMONIO	0	16	0	0
UOC PREVENZIONE INCENDI	0	43	0	0
UOC ENERGIA E TUTELA DELL'AMBIENTE	0	53	0	0

AREA DIPARTIMENTALE GESTIONE CONTRATTI SERVIZI E FARMACEUTICA	0	2	2	0
AREA DIPARTIMENTALE PROGRAMMAZIONE, RAPPORTI CON ESTER ED ACQUISTI	248	78	0	0
UOC STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE, PRIVATE ACCREDITATE E TRASPORTI SANITARI	0	0	0	0
TOTALE	274	658	2	0

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

Di seguito, si riassumono i dati relativi ai patti di integrità inseriti in bandi di gara e contratti per l'anno 2024, suddivisi per struttura:

Numero Patti di integrità 2024				
Struttura	Patti di integrità in Bandi	Patti di integrità in Contratti	Controlli effettuati	Violazioni Accertate
UOC GOVERNO TECNOLOGIE ELETTRONOMICHE	0	54	0	0
UOC LAVORI PUBBLICI AREA PROVINCIALE ARETINA	1	71	0	0
UOC LAVORI PUBBLICI AREA PROVINCIALE GROSSETANA	15	49	11	0
UOC LAVORI PUBBLICI AREA PROVINCIALE SENESE	1	16	0	0
UOC MANUTENZIONI AREA PROVINCIALE ARETINA	72	153	0	0
UOC MANUTENZIONI AREA PROVINCIALE GROSSETANA	21	21	0	0
UOC MANUTENZIONI AREA PROVINCIALE SENESE	0	26	0	0
UOC ENERGIA E TUTELA DELL'AMBIENTE	0	8	0	0
UOC PREVENZIONE INCENDI	0	61	0	0
UOC PATRIMONIO	0	9	0	0
AREA DIPARTIMENTALE LOGISTICA, GESTIONE CONTRATTI SERVIZI E FARMACEUTICA	2	0	0	0
AREA DIPARTIMENTALE APPROVVIGIONAMENTO E CONTRATTI	0	206	0	0
TOTALE	112	674	11	0

Per l'anno 2025, l'Azienda ripropone l'obiettivo di proseguire nell'opera di sensibilizzazione delle strutture alla ulteriore diffusione dei patti di integrità.

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, si individua per l'anno 2025:

- n° controlli effettuati dalle strutture sui patti di integrità inseriti in bandi e contratti/n° totale di patti di integrità= 10%

Azioni di sensibilizzazione società civile

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

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

L'enunciazione che segue non è esaustiva, ma particolarmente significativa: ad esempio, con deliberazione n. 706 del 21 giugno 2023, l'Azienda ha adottato determinazioni in merito al Piano di azioni positive 2023-2025 (PAP), il cui scopo, tra gli altri, è quello di assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne.

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

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

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

Nel corso dell'anno 2024, con deliberazione n. 255 del 12 marzo 2024, è stata adottata la deliberazione relativa all'approvazione del **"Rendiconto di programmazione integrata Area vasta sud est 2023"** e del **"Documento di programmazione integrata area vasta sud est 2024-2026"** che si pone in continuità con l'atto presentato l'anno precedente.

Il documento rappresenta la necessità, da parte delle Direzioni Aziendali, di dare continuità ai percorsi assistenziali esistenti, potenziandone le azioni e definendo nuovi obiettivi e linee di azione che individuino i livelli di programmazione congiunta di Area Vasta per il triennio 2024-2026, dell'Azienda USL Toscana sud est (AUSLTSE), dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese e dell'Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale (ESTAR).

L'esigenza di valorizzare processi programmatici e attuativi coordinati e sinergici a livello di Area Vasta, attraverso passaggi preparatori partecipati e condivisi e momenti di discussione e condivisione con i diversi stakeholders, sia interni che esterni alle Aziende, ha fatto sì che la valutazione delle bozze di "Rendiconto di Programmazione Integrata Area Vasta Sud Est 2023" e del "Documento di Programmazione Integrata Area Vasta Sud Est 2024- 2026" sia stata oggetto di una riunione congiunta tra AUSL e AOUS convocata in data 7 febbraio 2024 con le organizzazioni sindacali e con il Comitato di partecipazione, nonché di presentazione alla Conferenza Aziendale dei Sindaci in data 8 febbraio 2024.

Il "Rendiconto di Programmazione Integrata di Area Vasta 2023" e il "Documento di programmazione Integrata Area Vasta Sud Est 2024-2026" sono stati altresì presentati in tre incontri appositamente convocati dalle Direzioni Aziendali per consentire la più ampia partecipazione dei professionisti in data:

- 22 febbraio 2024 ad Arezzo – Auditorium Ospedale San Donato
- 26 febbraio 2024 a Grosseto – Auditorium Ospedale Misericordia
- 27 febbraio 2024 a Siena - Aula Magna AOU Senese

Proseguono inoltre le iniziative aziendali tese ad attuare una politica di parità di genere aziendale:

- con deliberazione n. 89 del 29 gennaio 2024 è stata costituita la “Rete provinciale a contrasto della violenza di genere – Protocollo d’intesa 2024”;
- con deliberazione n. 140 del 12 febbraio 2024 si è proceduto all’approvazione di un documento relativo alle direttive per il linguaggio di genere;
- con deliberazione n. 385 del 12 aprile 2024 l’Azienda ha provveduto all’approvazione del Protocollo di intesa relativo all’istituzione del coordinamento interaziendale di promozione della salute di genere e codice rosa tra l’Azienda USL toscana sud est e l’azienda ospedaliero-universitaria senese
- con deliberazione n. 930 del 19 settembre 2024, l’Azienda ha approvato un atto in vista di un ulteriore importante traguardo “Politiche di genere: verso la certificazione di genere”.

Da anni infatti, l’Azienda impronta le proprie policy all’equità ed al rispetto della diversità, da un lato, come amministrazione pubblica, tutelando la parità di genere nel rispetto della normativa vigente e dei Contratti Nazionali di Lavoro, dall’altro annoverando una lunga esperienza nella lotta alle discriminazioni, fin dalla nascita del Codice Rosa (2009), con l’implementazione di specifiche azioni e politiche per l’eliminazione delle barriere alla parità di genere che vanno oltre il contesto aziendale ma che coinvolgono anche le comunità ed il territorio di riferimento, acquisendo così una valenza di tipo sociale.

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, si individua per l’anno 2025:

- n° iniziative in merito alla diffusione del “Documento di programmazione integrata di Area Vasta 2025-2027”= 3

Struttura responsabile: UOSD Programmazione integrata di Area Vasta e rapporti interaziendali

Antiriciclaggio

Sintesi azioni pregresse (anni 2018-2022):

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

- delibera del D.G. n. 1055 del 11 ottobre 2018 nomina del Gestore quale soggetto interlocutore con l'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (UIF) per tutte le comunicazioni connesse con le operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento al terrorismo oggetto di verifica;
- delibera del D.G. n. 732 del 19 giugno 2019 adozione del Regolamento aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento – Parte I: Rilevazione delle operazioni sospette e comunicazione dei dati e delle informazioni all'UIF.

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

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

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

- in data 3 maggio 2022 in modalità webinar si è tenuto un incontro formativo, di confronto e collaborazione istituzionale con l'UIF nelle persone del Dott. Borrello Responsabile del servizio Analisi e Rapporti Istituzionali dell'UIF, Dott.ssa Ilaria Cosenza e Dr. Roberto Lo Santo che ha visto la partecipazione della Direzione Aziendale, del Responsabile anticorruzione, del Responsabile Trasparenza, dei Dirigenti responsabili di struttura e loro collaboratori. In tale occasione sono state formate n. 42 unità di personale fra dirigenti e posizioni organizzative.
- nei giorni 11 ottobre e 15 novembre 2022 in modalità webinar sono state tenute n. 2 edizioni dal Prof. Ranieri Razzante Consigliere per gli Affari Delegati del Sottosegretario alla Difesa, Docente di Legislazione antiriciclaggio - Università di Bologna Docente di Diritto dell'economia - Università di Cassino, esperto in materia. Al corso hanno partecipato con interesse un totale di n. 94 unità di personale (17 dirigenti e 77 personale del comparto). L'Agenzia della formazione ha messo a disposizione dei discenti il materiale fornito dal Prof. Razzante.

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

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

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

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

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

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

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

Resoconto anno 2023 e azioni 2024:

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

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

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

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

Resoconto anno 2024 e azioni 2025:

Nel corso dell'anno 2024 sono state realizzate le seguenti azioni:

- Adozione della deliberazione aziendale n. 639 del 14 giugno 2024 relativa alla nomina del Gestore quale soggetto interlocutore con l'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (UIF) per tutte le comunicazioni connesse con le operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento al terrorismo oggetto di verifica;

- Realizzazione, in collaborazione con FORMAS, di un corso di formazione obbligatorio per il personale delle strutture maggiormente interessate dal fenomeno, organizzato in collaborazione con i colleghi della UOC Formazione e rapporti con l'Università. Sono state formate e/o aggiornate in materia circa 95 unità di personale.

Obiettivo dell'anno 2025 è l'aggiornamento del Regolamento Aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo redatto nel 2019.

Il programma della Trasparenza

Premessa

La trasparenza costituisce uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione, consentendo ai cittadini di verificare il corretto utilizzo delle risorse pubbliche e la capacità di soddisfare i bisogni della collettività da parte delle singole amministrazioni.

La nozione generale di trasparenza risulta efficacemente espressa nell'attuale formulazione dell'art. 1, comma 1, del D.Lgs. 33/2013: *"La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche"*.

In occasione della presentazione dell'annuale Relazione al Parlamento, lo scorso 14 maggio 2024, il Presidente dell'ANAC ha richiamato l'attenzione sulla trasparenza come "primo presidio anticorruzione" dichiarando che tra gli obiettivi primari dell'Autorità figura da tempo quello di rafforzare i livelli di trasparenza nel settore pubblico.

In questa prospettiva, l'Autorità sta lavorando alla realizzazione della Piattaforma Unica della Trasparenza, quale punto di accesso unificato e basato sull'interoperabilità con le altre banche dati pubbliche già esistenti. Inoltre, in considerazione proprio dell'esigenza di assicurare l'uniformità e la comparabilità dei dati da inserire nella Piattaforma, nel corso del 2024 l'ANAC ha predisposto schemi

standard per la diffusione delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, al fine di soddisfare la richiamata esigenza di uniformità e comparabilità dei dati.

Va inoltre richiamata l'importanza della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP), che ha attuato compiutamente a decorrere dal 1° gennaio 2024 l'integrale digitalizzazione del ciclo di vita dei contratti, interagendo, da un lato, con le piattaforme di approvvigionamento digitale certificate, utilizzate dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti per la gestione del ciclo di vita dei contratti, dall'altro, con le banche dati pubbliche che detengono le informazioni necessarie alle stesse stazioni appaltanti e agli enti concedenti, soprattutto ai fini dei controlli sul possesso dei requisiti di partecipazione da parte degli operatori economici concorrenti.

Più di recente l'ANAC, con delibera n. 495 del 25 settembre 2024, ha approvato apposite istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. 33/2013, implementando quei meccanismi di garanzia e correzione attivabili rispetto ai dati pubblicati o da pubblicare, ribadendo ancora una volta come la trasparenza costituisca uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione.

Questi interventi di razionalizzazione e semplificazione sono particolarmente importanti e funzionali alla gestione degli obblighi di trasparenza in amministrazioni complesse come l'Azienda USL Toscana Sud Est. L'ampiezza del territorio e del bacino di utenza, l'elevato numero di dipendenti e l'entità delle risorse economiche gestite, a cui si aggiunge l'estrema varietà dei servizi sanitari e socio-sanitari offerti alla popolazione, si traducono in una particolare complessità organizzativa che pone l'Azienda al centro di una articolata rete di rapporti con cittadini, utenti, istituzioni e stakeholder in generale. È noto che il sistema della trasparenza amministrativa si realizza non solo attraverso le pubblicazioni sul sito istituzionale dell'ente, ma anche mediante l'accesso civico generalizzato (FOIA: Freedom of Information Act) che consente di conoscere dati, atti e documenti ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione.

Il presente programma ha la finalità di sviluppare, per gli anni 2025-2027, questi due essenziali strumenti di trasparenza, nell'ottica della piena integrazione con il Piano triennale di prevenzione della corruzione inserito a sua volta nel più ampio contesto del PIAO. Le azioni in materia di trasparenza non si esauriscono infatti con il semplice adempimento degli obblighi normativi, ma dovrebbero avere un più ampio respiro per mettere in atto percorsi virtuosi di ascolto e di miglioramento dei servizi resi al cittadino.

Il programma della trasparenza 2025-2027

La promozione della Trasparenza in ambito aziendale: la gestione dei flussi informativi

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

Il vigente regolamento per la gestione del sito istituzionale dell'Azienda, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1738/2021, contiene specifiche disposizioni finalizzate a garantire il rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza. L'art. 11 del regolamento definisce il percorso interno di produzione, pubblicazione e aggiornamento dei flussi informativi, sulla base dell'organizzazione aziendale, rinviando ad un apposito allegato contenente il dettaglio degli obblighi di pubblicazione a carico di ciascuna struttura e dei relativi responsabili.

Nel corso degli ultimi anni, anche in occasione delle periodiche verifiche da parte di OIV, è proseguito l'impegno per rendere più facilmente consultabili le informazioni sul sito stesso, sia in termini di riordino dei contenuti sia in termini di impostazione e visualizzazione grafica, in modo da consentire al cittadino modalità agevoli ed immediate di reperimento delle informazioni evitando contenuti superflui o eccessivi tecnicismi.

Le innovazioni in tema di pubblicità e trasparenza dei contratti pubblici, in attuazione degli artt. 27 e 28 del vigente Codice dei Contratti, introdotte con varie deliberazioni ANAC emanate nel corso del 2023 (in particolare: deliberazioni n. 263 e 264 del giugno 2023), hanno rappresentato una importante evoluzione verso la semplificazione ed informatizzazione del sistema della trasparenza delle pubbliche amministrazioni. Le attuali modalità di pubblicazione prevedono infatti la trasmissione di numerose informazioni, relative alla programmazione e al ciclo di vita dei contratti, alla Banca Dati Nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) gestita da ANAC, consultabile dal cittadino in modo rapido e puntuale avvalendosi degli appositi link di collegamento alla stessa banca dati inseriti nel sito istituzionale delle stazioni appaltanti.

Va ricordato che l'art. 9-bis del D.Lgs. 33/2013 consente alle amministrazioni di assolvere agli obblighi di pubblicazione anche indirettamente, mediante inserimento nel proprio sito del collegamento ipertestuale alla banca dati contenente le informazioni o i documenti già preventivamente comunicati alla stessa banca dati. Si segnala, al riguardo, che il sito dell'Azienda USL Toscana Sud Est riporta collegamenti ipertestuali a varie banche dati, che costituiscono una rilevante fonte di informazione aggiuntiva rispetto a quanto direttamente pubblicato in AT. A titolo esemplificativo, si citano i collegamenti sia a banche dati nazionali e regionali (Normattiva, Anagrafe delle Prestazioni, atti Regione Toscana), sia a siti di altri Enti (Aran, Ministero Ambiente, Arpat) con particolare riferimento al sito ESTAR, che consente di reperire tutte le informazioni sulle procedure di gara per l'affidamento dei contratti di servizi e forniture a cui aderiscono le Aziende Sanitarie regionali.

Per i prossimi anni è comunque auspicabile un ulteriore sviluppo dei processi di informatizzazione e digitalizzazione del sistema della trasparenza, sia con introduzione di ulteriori applicativi sia mediante potenziamento e/o interfaccia con i programmi già in uso nell'Azienda (es. software di gestione degli atti deliberativi, programmi per la contabilità o la gestione del personale). Gli eventuali nuovi strumenti da introdurre per facilitare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, al fine di assicurare tempestività, completezza e continuo aggiornamento dei dati, dovranno comunque essere coerenti e conformi alle esigenze di tutela della riservatezza, nel rispetto dei principi di pertinenza, minimizzazione e non eccedenza dei dati pubblicati.

Iniziative in materia organizzativa: soggetti, ruoli e responsabilità

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

Nel corso dell'anno 2024 sono state disposte varie modifiche del settore tecnico-amministrativo, che hanno permesso di razionalizzare e mappare con maggiore dettaglio i processi interni ma hanno anche determinato un aumento del numero di strutture e reso più articolata l'organizzazione aziendale. Non si sono comunque posti problemi per l'individuazione dei soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione delle informazioni, data la chiara attribuzione di funzioni secondo il nuovo assetto, recentemente definito con deliberazione DG n. 1266 del 25/11/2024. Da segnalare anche il contributo della rete aziendale dei referenti in materia di anticorruzione e trasparenza, costituita a suo tempo con deliberazione DG n. 1210/2022 ed aggiornata con recente deliberazione n. 1202/2024; la stessa rete si

è rivelata pienamente funzionale alle varie esigenze, consentendo di disporre di un supporto stabile di collaboratori e di rendere i vari responsabili maggiormente consapevoli degli adempimenti di propria competenza.

La tabella allegata al presente piano (Allegato n 10) che partendo dall'albero della trasparenza attribuisce i vari adempimenti in modo certo ed univoco ai diversi responsabili, assegna ai Direttori di Unità Operativa la responsabilità della produzione, trasmissione e aggiornamento dei dati per le materie di rispettiva competenza, in modo da garantirne completezza, esattezza e tempestività, compresa la verifica sulla conformità dei flussi informativi alla vigente normativa in tema di privacy. La responsabilità degli adempimenti tecnici finalizzati alla pubblicazione sul sito istituzionale è invece posta in capo al Responsabile della Trasparenza, che si avvale della "redazione sito web" secondo le modalità indicate nella citata delibera n. 1738/2021.

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

Nel corso dell'anno 2024 è stata effettuata una specifica focalizzazione su alcune sezioni di Amministrazione Trasparente particolarmente articolate e complesse, in primo luogo sulla sottosezione "Personale" che, oltre a riportare l'elenco degli incarichi di vertice e di quelli dirigenziali, contiene le varie dichiarazioni rilasciate dagli stessi incaricati in attuazione del regolamento aziendale sul conflitto di interessi, approvato in via definitiva con deliberazione n. 1302/2023; sono state inoltre implementate le specifiche informazioni relative alle posizioni organizzative e quelle riguardanti la contrattazione integrativa, riportando vari documenti oggetto di contrattazione e concertazione con le Organizzazioni Sindacali. Anche la sottosezione "Performance", strettamente collegata alla precedente, è stata aggiornata con i dati relativi alla complessiva gestione del sistema ed alle modalità di erogazione e distribuzione dei premi al personale dirigenziale e del comparto. Una ulteriore sottosezione di AT oggetto di particolare attenzione è stata quella degli "Enti Controllati", implementata con vari documenti e dati riportati anche in forma tabellare e schematica, per rendere più accessibili e di agevole consultazione le varie informazioni relative agli Enti vigilati o controllati e alle Società partecipate. Oggetto di revisione ed aggiornamento è stata anche la sottosezione "Servizi erogati", che costituisce una importante fonte informativa per il cittadino poiché riporta, tra l'altro, dati e informazioni sulla Carta dei servizi e sulle liste di attesa.

Per i prossimi anni si rende necessario mettere in atto ulteriori azioni di miglioramento, nell'ottica di organizzare le numerose informazioni da pubblicare in modo semplice e lineare per consentirne una efficace comprensione e consultazione, in collaborazione con i responsabili delle varie strutture aziendali. Si rende quindi opportuna la condivisione delle stesse iniziative, con l'ulteriore e più ampia finalità di superare la logica del mero adempimento formale per promuovere la diffusione della cultura della trasparenza come metodo di lavoro e di ordinaria gestione dell'attività amministrativa.

Coordinamento regionale RPCT

Nell'anno 2024 è proseguita in modo sistematico l'attività del Coordinamento regionale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (CRRRA). Gli incontri dell'organismo rappresentano una efficace occasione di confronto e di raccordo per le Aziende Sanitarie della Regione che affrontano problematiche comuni, con condivisione di indicazioni operative e linee guida validate a

livello regionale nonché di iniziative di formazione da destinare ai dipendenti del SSR. Tra le iniziative più importanti del 2024 in tema di trasparenza, si segnalano quelle focalizzate sulla nuova configurazione della sottosezione "bandi di gara e contratti", l'approfondimento in materia di incarichi di collaborazione e consulenza nonché la più recente ricognizione sulle dichiarazioni del personale dipendente da rendere ai sensi degli artt. 15 e 41 del Decreto Trasparenza.

Iniziative di comunicazione esterna e diffusione della trasparenza

Le attività informative per favorire la conoscenza degli strumenti di trasparenza vengono svolte in modo costante, anche attraverso le indicazioni fornite ai cittadini dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). Va inoltre ricordato che i Comitati di partecipazione, espressione delle realtà associative presenti nel territorio ed operanti in ambito aziendale e delle singole Zone Distretto, costituiscono una importante sede di confronto e comunicazione con i cittadini, ai quali vengono sottoposti i principali atti di programmazione comprese le iniziative in materia di trasparenza. Sono inoltre da menzionare le specifiche attività di formazione destinate a tutto il personale dipendente dell'Azienda, compreso il personale medico ed i professionisti sanitari; si segnala, in particolare, il corso di formazione svolto in tre edizioni nelle diverse aree provinciali, nei mesi di settembre ed ottobre 2024, in cui sono state trattate le tematiche della trasparenza e dell'accesso unitamente a quella sul conflitto di interessi, con un buon livello di partecipazione e coinvolgimento di varie figure professionali.

Nei prossimi anni potranno essere promosse ulteriori iniziative di coinvolgimento esterno, compresa la realizzazione della "giornata della trasparenza", con la finalità di estendere alla cittadinanza la cultura della partecipazione e della trasparenza. Tali iniziative dovrebbero infatti coinvolgere gli stakeholder interni ed esterni e porsi, quindi, come momento di confronto per individuare i più rilevanti interessi degli utenti al fine di migliorare gli strumenti comunicativi e la qualità dei servizi.

Il diritto di accesso: l'accesso civico e documentale

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

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

Il costante flusso di informazioni proveniente dalle richieste di accesso civico generalizzato, nonché dalle altre richieste di accesso, può costituire un prezioso contributo per la compiuta valutazione dell'idoneità delle azioni in tema di trasparenza. Considerando i dati aziendali relativi al 2024, nel corso dell'anno si sono registrate n. 7 richieste di accesso civico generalizzato, oggetto di puntuale valutazione, che hanno trovato riscontro con invio della documentazione o dei dati richiesti.

Riguardo all'accesso agli atti o documentale, benché tale materia non afferisca strettamente alla "trasparenza", merita farvi brevemente riferimento in quanto connessa all'attività dell'UCA. Anche

nell'anno 2024 risultano pervenute numerose istanze di accesso documentale (**n. 145**), a volte presentate richiamando il Decreto trasparenza quale titolo normativo legittimante.

Va ricordato, tuttavia, che ciascuna forma di accesso è connessa a determinati presupposti tecnico-amministrativi e non può essere fatta valere a titolo diverso rispetto alle previsioni del legislatore, derivando da ciascuna tipologia effetti differenti sulla sfera giuridica dei vari soggetti coinvolti (titolari dei dati, controinteressati, etc.). Pertanto l'UCA, di volta in volta, ha cercato di chiarire tali aspetti e di garantire il corretto inquadramento delle istanze, anche con richiami alla giurisprudenza dei giudici amministrativi nonché ai pareri espressi dalla Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi e dal Garante per la protezione dei dati personali.

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** alle quali sono attribuite le competenze di specifiche funzioni operative relative a specifici processi professionali. Le **strutture organizzative funzionali** sono strutture multi-professionali che aggregano l'insieme di **più funzioni operative** appartenenti a settori omogenei di attività.

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

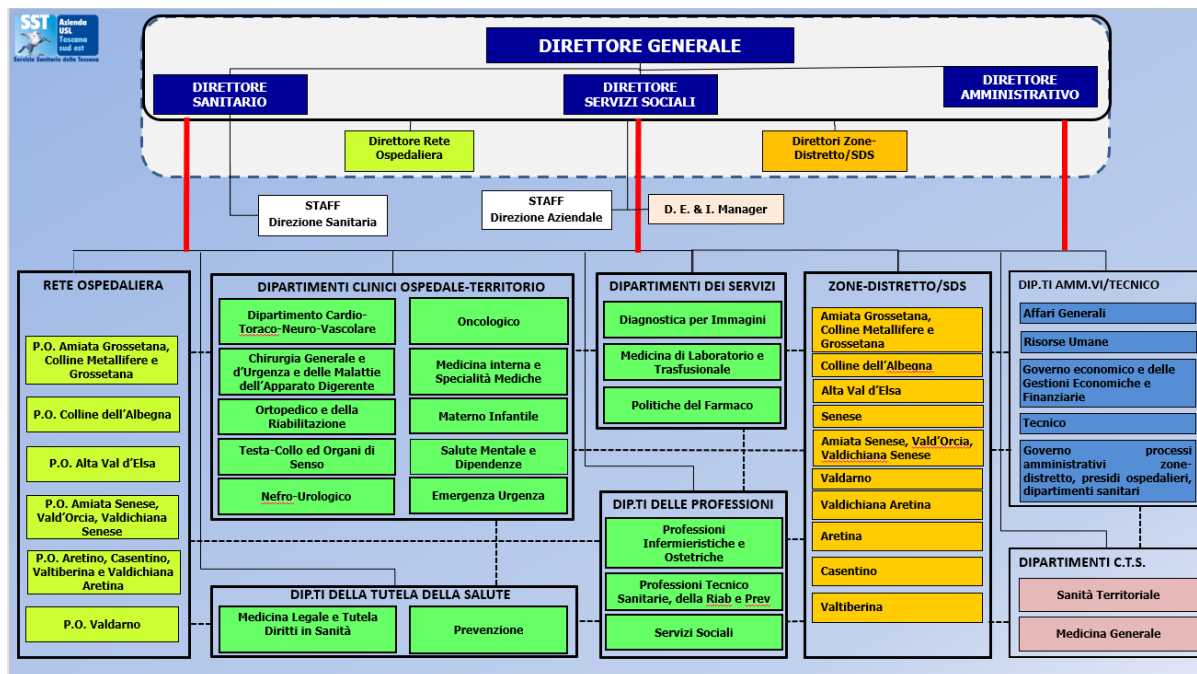
- *Zone-distretto e/o SdS*
- *Presidi ospedalieri*
- *Dipartimenti e Staff*
- *Aree Dipartimentali*
- *Unità funzionali territoriali*

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

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

In azienda, oltre ai due Staff di consulenza e di supporto alla direzione (Staff della Direzione Aziendale e Staff della Direzione Sanitaria), sono presenti 20 dipartimenti a vocazione sanitaria, assistenziale e socio assistenziale per ospedali e territorio, 10 zone distretto, 6 Presidi Ospedalieri, 5 dipartimenti della struttura tecnico amministrativa. L'Azienda nello specifico ha adottato il seguente modello organizzativo: nell'ambito dei dipartimenti a vocazione sanitaria sono stati costituiti **dieci dipartimenti clinici ospedale-territorio, tre dipartimenti dei servizi, due dipartimenti di tutela della salute, tre dipartimenti delle professioni sanitarie e socio-sanitarie**. I citati 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. A tali dipartimenti si aggiungono i due Dipartimenti territoriali di coordinamento tecnico-scientifico (sanità territoriale e medicina generale), che hanno, appunto, esclusivamente competenze di carattere tecnico-professionale e sono deputati principalmente a garantire l'integrazione dei percorsi assistenziali e l'equità di accesso ai servizi nelle varie articolazioni zonali. Le funzioni amministrative e tecniche di supporto a tutti i dipartimenti a vocazione sanitaria e socio-sanitaria, alle Zone-Distretto ed ai Presidi Ospedalieri sono garantite dai cinque Dipartimenti Tecnico-Amministrativi.

A seguire si rappresenta l'organigramma aziendale:



In ambito professionale sono presenti totalmente 256 strutture complesse, 112 strutture semplici dipartimentali e 183 strutture semplici. Le fasce di graduazione per gli incarichi dirigenziali sono ricomprese nei seguenti range economici:

- A) direttore di dipartimento (21.000-23.000)
- B) responsabile di area dipartimentale (15.000-18.000)
- C) direttore di struttura complessa (19.810-26.720)
- E) direttore di struttura semplice dipartimentale (16.375-20.375)
- F) direttore di struttura semplice (13.460-15.630)
- G) dirigente con incarico di altissima professionalità (17.330-21.375)
- H) dirigente con incarico di alta specializzazione (13.495 -15.495)
- I) dirigente con incarico di studio consulenza e ricerca (6.165-10.165)
- L) dirigente con incarico iniziale (1.620)

Gli incarichi del comparto previsti nell'attuale organizzazione sono in totale 814, così distribuiti per profilo professionale:

- Infermiere/Ostetrica: 387
- Tecnico Sanitari, della riabilitazione e della prevenzione: 185
- Assistente sociale: 36
- Professionale, tecnici ed amministrativi: 206

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

Indennità di funzione annua	N° incarichi	Livello di complessità
4.000 €	187	Medio
4.100 €	58	
4.300 €	93	
4.500 €	42	
4.800 €	73	
5.000 €	3	
6.000 €	133	
7.350 €	111	
8.500 €	86	
10.200 €	26	Elevato
13.500 €	2	
Totale	814	

Organizzazione del lavoro agile

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

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

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

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

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

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

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

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

Nell'Allegato 11, si presentano i principali indicatori utili all'Azienda per il monitoraggio del Lavoro Agile, distinti per ruolo e CCNL di riferimento.

Piano triennale dei fabbisogni di personale

Il piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP) mira a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance dell'Azienda nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica. Nella predisposizione del PTFP l'Azienda deve rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance.

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

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

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

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

Successivamente la bozza di PTFP viene inviata a Regione Toscana per la verifica della programmazione nel contesto dell'intera programmazione regionale; Regione Toscana ha approvato l'insieme dei PTFP delle aziende sanitarie con DGRT n. 28 del 20 gennaio 2025.

Il PTFP 2025-2027 parte da una dotazione organica al 31 dicembre 2024 di 9.452 unità di personale a tempo indeterminato, di cui 1.673 della dirigenza sanitaria, 59 della dirigenza non sanitaria, 5.115 del comparto sanitario e 2.605 del comparto tecnico, amministrativo e socio-sanitario, sviluppando la previsione di distribuzione delle suddette tipologie di personale nel triennio. Analogamente viene fatto per il personale assunto con contratti flessibili (dipendenti a tempo determinato, personale in somministrazione e incarichi di lavoro autonomo) che in questa Azienda sono presentati valori

residuali (nel 2024 pari ad una presenza media di 161 teste equivalenti di personale, con la previsione di un lieve incremento nel 2025 per andare a ridursi fino ad un valore previsto di 121 nel 2027).

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

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

Nell'Allegato 12 il PTFP 2025-2027, approvato con DGRT n. 28 del 20 gennaio 2025.

L'Azienda si avvale inoltre della collaborazione dei seguenti profili non previsti nel PTFP:

	Organico al 31/12/2024	Note
Specialisti, veterinari e professionisti ambulatoriali a tempo indeterminato, determinato e provvisori	314	Teste equivalenti a tempo pieno al 31/12/2024
Medici Continuità assistenziale a tempo indeterminato, determinato e occasionali	303	
Medici Emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato e determinato	59	
Medici della medicina penitenziaria a tempo indeterminato e determinato	22	
Medici della medicina dei servizi e assimilati a tempo indeterminato	4	
Medici assistenza primaria a ciclo di scelta a tempo indeterminato e provvisori	491	
Pediatri di libera scelta a tempo indeterminato e provvisori	82	

Formazione del personale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PAF 2025 in Numeri Delibera DG n. 1316 del 17 dicembre 2024	
Eventi programmati	486
Edizioni programmate	3.767
Partecipanti previsti	51.219

Distribuzione % degli eventi per gli obiettivi nazionali	2025
Competenze tecnico professionali e specialistiche	56,79
Competenze di processo, relazionali e comunicative	23,46
Competenze di sistema organizzativa/gestionale/situazionale/ruolo	19,75

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

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

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

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

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

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

Per il PAF 2025, la raccolta dei fabbisogni formativi è avvenuta tramite due modelli, prodotti dalla UOC Formazione e Rapporti con l’Università e parte costitutiva del Piano della Qualità della Formazione approvato dalla Regione Toscana: un modello è relativo alla rilevazione del fabbisogno individuale ed uno è relativo alla rilevazione del fabbisogno della Struttura di appartenenza.

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

I principi a cui si ispira la Formazione del Personale nel 2025

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

Gli obiettivi strategici aziendali Per quanto riguarda gli indirizzi per programmare la formazione e l’aggiornamento per il 2025, continueremo a seguire le direttrici regionali ed aziendali, oltre naturalmente a sviluppare i percorsi ritenuti necessari dalle singole strutture. La Direzione Aziendale ha confermato nei seguenti gli obiettivi formativi da perseguire nel 2025:

- Scuola di chirurgia robotica
- Scuola di ecografia
- Formazione in simulazione
- Formazione sulla medicina di genere
- Formazione sulla parità di genere
- Percorso formativo annuale per i medici DEU
- Formazione sulla sicurezza 81/08
- Formazione anti incendio
- Formazione neo assunti
- Formazione anticorruzione e trasparenza
- Formazione privacy e trattamento dati
- Percorsi obbligatori di carattere regionale eventualmente subentrati

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

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

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

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

Tra i 486 eventi totali, sono programmati **35 eventi con 215 edizioni**, la cui tipologia è individuata quale **Formazione in Simulazione** ex DGR 254/2013

FORMAZIONE FAD

La FAD sincrona **46 eventi con 86 edizioni** continuerà a rappresentare una importante modalità formativa, per questo sono disponibili aule virtuali che sono utilizzate anche per assicurare lo svolgimento dei corsi OSS e, quando necessario, dei corsi di laurea. La FAD asincrona (utilizzando il portale regionale di Formas) è stata e sarà diffusamente utilizzata, in special modo quando i corsi (ad esempio, i corsi sulla sicurezza, sulla privacy, sulla trasparenza e anticorruzione) sono rivolti ad una platea molto ampia di partecipanti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Considerato che l'Azienda governa 13 Stabilimenti Ospedalieri e che i Dipartimenti Clinici raggruppano Unità Operative collocate nei diversi Stabilimenti, si rende necessario allocare alcune funzioni di gestione operativa a livello di singolo stabilimento. Le infrastrutture e le risorse dello Stabilimento

Ospedaliero sono quindi organizzate in Aree Organizzative di Presidio, che aggregano più Moduli Assistenziali al fine di assicurare una programmazione condivisa, coordinata e razionale; le Aree Organizzative di Presidio definiscono piattaforme logistiche di risorse strutturali, tecnologiche ed impiantistiche che garantiscono un uso efficiente ed appropriato dei Moduli stessi, in funzione delle esigenze della casistica assegnata alle Unità Operative cliniche. I Dipartimenti ospedalieri e le Unità Operative specialistiche al loro interno sono costituiti da equipe di sanitari che gestiscono le casistiche cliniche di competenza e assorbono i fattori produttivi messi a disposizione dalle Aree Organizzative di Presidio sulla base di una programmazione congiunta.

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

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

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

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

Per supportare le innovazioni necessarie, ottimizzare i processi e stimolare il miglioramento organizzativo, anche in questo piano di formazione si dà spazio alla formazione di base Lean del personale territoriale e ospedaliero. Rispetto alla messa in opera di progetti di innovazione tecnologica e organizzativa è stato inserito nel piano di formazione un'iniziativa, rivolta agli Staff di Direzione e alle Direzioni dei Dipartimenti, per il Design Thinking dei processi come strumento di disegno, condivisione e definizione di un processo innovativo da mettere a regime. A questo tipo di necessità si affiancano modalità operative innovative, legate ai nuovi strumenti tecnologici, per le quali gli operatori verranno affiancati in aula e "on the job" con sessioni di Change Management che permettano a tutti, indipendentemente dal grado di propensione all'utilizzo di piattaforme digitali, di arrivare a un pieno utilizzo delle nuove piattaforme. In riferimento **all'obiettivo 29 gli eventi programmati sono 9.**

Cosa ci aspettiamo dal **PAF 2025:**

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

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

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

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

Personale partecipante 2025	N.	%
A tutti gli eventi in tutte le loro edizioni	51.219	100
Ad eventi monoprofessionali	3.858	11,44
Ad eventi multiprofessionali:	45.361	88,56

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

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

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

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

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

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

A tal proposito si ribadisce che il rifiuto, senza giustificato motivo, a partecipare ad iniziative formative collettive aziendali, sia tradizionali che secondo modalità FAD, costituisce motivo per la esclusione nel corso dell'anno dalla autorizzazione ad aggiornamenti individuali richiesti dal

singolo, anche se supportati da sponsor, oltre ad altre eventuali iniziative, che la Direzione Aziendale dovesse prevedere, nell'ambito del processo di valutazione dei dipendenti.

GLI OBIETTIVI E I RISULTATI ATTESI

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

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

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

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

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

La valutazione individuale intesa come strumento di sviluppo

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

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

Rispetto al comma 7 ter dell'art. 6 del DL 80/2021, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021 n. 113 si specifica che, tra tutti gli eventi, il 70,58% saranno realizzati da docenti individuati tra il personale aziendale e con il contributo di 130 Animatori di Formazione appartenenti all'Albo Aziendale. Si specificano di seguito le metodologie formative che saranno adottate in riferimento ai diversi destinatari.

Metodologie	Totale
Audit di rischio clinico	1
BLENDED	23
Comando tecnico-scientifico (occorre nulla osta della Struttura accettante)	1
Convegno/congresso/conferenza	16
Corso (max 40 part. per edizione)	194
FAD asincrona	8
FAD sincrona	46
Focus group*	1
Rassegna di morbilità e mortalità di rischio clinico	4
Riunione permanente*/Gruppo di Miglioramento*/Comunità di pratica*	80
Seminario, giornata studio, consensus meeting	42
Simulazione (solo per DGR254/2013)	35
Tirocinio, stage	1
Training on the job, addestramento pratico (max 1 tutor ogni 5 partecipanti)	33
Videoconferenza	1
Totale	486

In Sintesi

Per l'anno 2025 il PAF prevede **486** eventi che si dispiegano in **3.767** edizioni si prevede un investimento pari a Euro **994.680,30** per la formazione collettiva proposta dalle macroaree di cui **119.341,00** da fondi regionali ed euro **300.000,00** per la formazione individuale facoltativa e obbligatoria. A queste risorse come per il passato devono aggiungersi **142.000,00** come fondo di riserva.

PAF 2025 Delibera DG n. 1316 del 17 dicembre 2024	
Aggiornamento collettivo, obbligatorio e facoltativo	994.680,30 (di cui 119.341,00 da fondi regionali)
Aggiornamento individuale, obbligatorio e facoltativo	300.000,00
Fondo di riserva	142.000,00

MONITORAGGIO

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

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

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

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

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

con i rispettivi ambiti di riferimento, indicatori e target previsti nel triennio 2025 – 2027.

Il monitoraggio di questo set di indicatori avviene in base a quanto previsto nel documento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP).

Relativamente alle misure di carattere generale della sezione **Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza**, si riassumono gli indicatori di monitoraggio per l'anno 2025:

a) Per il Codice di comportamento: n° revisioni del Codice/n° di aggiornamenti normativi = 1

Struttura responsabile: Ufficio procedimenti disciplinari

b) Per la disciplina del conflitto di interessi: n° dichiarazioni del conflitto di interessi (inconferibilità/incompatibilità) acquisite relative a incarichi conferiti /n° di incarichi conferiti= 1

Struttura responsabile: UOC Gestione economica del personale dipendente

UOC Programmazione strategica (esclusivamente per incarichi di Direzione)

c) Per la disciplina relativa ad inconferibilità e incompatibilità degli incarichi: redazione di una procedura finalizzata al controllo delle dichiarazioni rese= 1

Struttura responsabile: UOC Gestione economica del personale dipendente

d) Per gli incarichi extraistituzionali: approvazione della revisione di Regolamento Aziendale= 1

Struttura responsabile: UOC Gestione Giuridica del personale dipendente

e) Per il divieto di post employment (pantouflage): n° revisioni procedura "Gestione del rischio pantouflage a cura del Dipartimento Risorse Umane/ n° aggiornamenti normativi= 1

Struttura responsabile: Dipartimento Risorse Umane

f) Per la misura di formazione: n° realizzazione corsi in materia di anticorruzione/ n° corsi programmati in materia di anticorruzione= 1

Struttura responsabile: Area Dipartimentale Sviluppo della professionalità

g) Per la rotazione ordinaria: realizzazione dell'obiettivo indicato nel Piano di rotazione proposto dal Dipartimento Risorse umane in merito all'estensione dell'attività di rotazione ai processi che determinano le spese del personale (liquidazione retribuzione e conferimento incarichi) intervenendo sugli incarichi dirigenziali afferenti all'Area della Gestione Giuridica ed Economica del personale= 1

Struttura responsabile: Dipartimento Risorse Umane

h) Rotazione straordinaria: n° comunicazioni relative all'avvio di procedimenti penali o disciplinari o all'esistenza di condotte di natura corruttiva alla Direzione Amministrativa/ n° di procedimenti penali o disciplinari o all'esistenza di condotte di natura corruttiva

Struttura responsabile: Dipartimento Risorse Umane

i) Tutela del dipendente pubblico (c.d. whistleblower): n° revisioni procedura "Per la segnalazione di illeciti e relativa tutela del dipendente segnalante"/n° aggiornamenti normativi= 1

Struttura responsabile: UOC Programmazione strategica (come struttura di supporto all'RPC)

l) Patti di integrità: n° controlli effettuati dalle strutture sui patti di integrità inseriti in bandi e contratti/n° totale di patti di integrità= 10%

Struttura responsabile: Dipartimento Affari Generali/Dipartimento Tecnico

m) Azioni di sensibilizzazione della società civile: n° iniziative in merito alla diffusione del "Documento di programmazione integrata di Area Vasta 2025-2027"= 3

Struttura responsabile: UOSD Programmazione integrata di Area Vasta e rapporti interaziendali

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio delle misure specifiche, ne viene dato atto negli allegati relativi alla mappatura dei processi per ciascun anno di riferimento.

Per la sottosezione relativa alla "Trasparenza", le azioni previste e la relativa tempistica sono indicate nell'allegato n. 10.

Per gli indicatori relativi alla sezione **Organizzazione e capitale umano**, si rinvia all'allegato n. 11 per la sottosezione "Organizzazione del lavoro agile" e, per la sottosezione "Piano triennale del fabbisogno di personale", il monitoraggio verrà assicurato a livello regionale.

ALLEGATI

Allegato 1: Sistema di monitoraggio del Piano della Performance

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

Allegato 3: Procedura per la gestione del rischio corruzione

Allegato 4: Mappatura n. 60 processi anno 2022

Allegato 5: Mappatura n. 49 processi anno 2023

Allegato 6: Misure non attuate processi anno 2023

Allegato 7: Mappatura n. 38 processi anno 2024

Allegato 8: Misure non attuate processi anno 2024

Allegato 9: Mappatura n. 50 processi anno 2025

Allegato 10: Griglia obblighi di pubblicazione

Allegato 11: Indicatori Lavoro Agile

Allegato 12: Piano triennale del fabbisogno di personale

Allegato 1

OBIETTIVI STRATEGICI NAZIONALI E/O REGIONALI:	Target 2025	Target 2026	Target 2027
Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) indicatori CORE	Rispetto obiettivi ministeriali anno 2025	Rispetto obiettivi ministeriali anno 2026	Rispetto obiettivi ministeriali anno 2027
P01C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)			
P02C - Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)			
P10Z - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino			
P12Z - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti			
P14C -Indicatore composito stili di vita (indagini campionarie Istat e Sistema di sorveglianza PASSI)			
P15C - Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto			
D01C - Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)			
D03C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco			
D04C - Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite			
D09Z - Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso			
D10Z - Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B			
D14C - Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici			
D22Z - Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1-CIA2-CIA3)			
D27C - Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche			
D30Z - Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore			
D33Z - Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.			
H01Z - Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti			
H02Z - Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui			
H03C - Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella			
H04Z - Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario			
H05Z - Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni			
H08Zb - Autosufficienza di emoderivati			
H09Za - Donatori di organi in morte encefalica			
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario			
H17C - % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno			
H18C - % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.			
Indicatori di esito	mantenimento / miglioramento indicatori in criticità		
Indicatori del sistema di valutazione della performance regionale del Laboratorio Management e Sanità (MeS).	Rispetto obiettivi regionali assegnati alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività per l'anno 2025. In attesa della delibera per l'anno 2025 facciamo riferimento alla DGRT	Rispetto obiettivi regionali assegnati alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività per l'anno 2026	Rispetto obiettivi regionali assegnati alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività per l'anno 2027
Indicatori definiti dalle Direzioni Regionali competenti (ambito farmaceutica, sanità digitale, personale, PNRR)	Rispetto delle indicazioni fornite dai settori competenti		

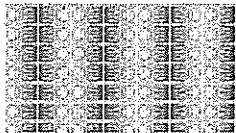
OBIETTIVI SPECIFICI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE:

AREA STRATEGICA	LINEA DI INDIRIZZO	AMBITO	Descrizione indicatore	Target 2025	Target 2026	Target 2027	
ATTIVITA' E PERFORMANCE: Perseguimento Strategie Regionali e Aziendali	Proseguire con le azioni per il governo dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni	Attività Ambulatoriale	TEMPO DI ATTESA : % prestazioni da DGRT 604/2019 erogate entro la soglia regionale	90%			
			Progettazione specifica per l'abbattimento delle liste d'attesa nelle discipline particolarmente critiche. Progetto Clessidra DGRT1280/2023	Rispetto indicazioni regionali			
			Attività ambulatoriale in LIBERA PROFESSIONE: numero prestazioni ALP / numero prestazioni in Istituzionale	1			
			Implementazione Televisite e Teleconsulto	Rispetto indicazioni regionali			
			Riorganizzazione attività ambulatoriale, attivazione percorsi di presa in carico di pazienti con patologie croniche e oncologiche	rispetto programma aziendale			
			% prescrizioni (x 100.000 residenti) di prestazioni riferite alla DGRT 604/2019 sopra il valore atteso	<= anno 2023	Mantenimento/Miglioramento		
		Attività di Ricovero	TEMPO DI ATTESA : % di ricoveri per interventi programmati non oncologici che rispettano la soglia regionale di prestazioni erogate entro 30 gg (DGRT604/2019)	90%			
			TEMPO DI ATTESA : % di ricoveri per interventi programmati oncologici che rispettano la soglia regionale di prestazioni erogate entro 30 gg (DGRT604/2019)	90%			
			Traumatologia: % operati entro 48 ore	80%			
			Degenza Media (gg)	Mantenimento/Miglioramento			
		Attività di Pronto Soccorso - 118	Attivazione e monitoraggio delle azioni previste dalla DGRT 532/23 Indirizzi operativi per prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding negli ospedali della Regione Toscana	Rispetto indicazioni regionali			
			Appropriatezza nell'attribuzione del codice di triage rispetto degli indicatori ministeriali	Rispetto indicazioni			
		Attività di Sala operatoria	Compilazione Proposta di Intervento Chirurgico (PIC) su procedura informatizzata da parte del medico proponente l'intervento.	100%			
			Rispetto delle soglie di ammissibilità per le procedure chirurgiche da eseguire in RO, DS e Ambulatoriale come da decreto 20196/2021. % di raggiungimento	90%	Mantenimento/Miglioramento		
			Monitoraggio liste operatorie e rispetto classi di priorità	Mantenimento Miglioramento			
		Incrementare le misure di prevenzione e sicurezza delle cure	Attività di Prevenzione	Rispetto campagne vaccinali e di screening	rispetto obiettivo regionale		
				Rispetto delle attività previste nel documento di programmazione delle attività per settore	rispetto indicazioni dipartimentali		
				Progetto obiettivo provinciale esposizione ad agenti chimici pericolosi nella lavorazione galvanica: N°aziende controllate/N° aziende da controllare.	100%		
	Progetto e Sperimentazione di una buona pratica per la cultura della sicurezza dei lavoratori Migranti. Redazione protocollo			100%			
	Monitoraggio flusso ambulatorio ex-esposti all'amianto e esposti ad agenti chimici pericolosi. % controlli			100%			
	Progettazione e monitoraggio della sperimentazione del controllo ufficiale per motivi di sicurezza alimentare presso 300 attività che effettuano e-commerce,			100%			
	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare			rispetto obiettivo regionale			
	Intervenire con azioni di rafforzamento della rete ospedale-territorio				Anziani 65+ anni trattati in AD	rispetto obiettivo regionale	
			Segnalazioni Centrale Operativa Territoriale (COT): % segnalazioni entro 48h	Mnatenimento incremento			

AREA STRATEGICA	LINEA DI INDIRIZZO	AMBITO	Descrizione indicatore	Target 2025	Target 2026	Target 2027	
		Attività Socio-Sanitaria Territoriale	Attuazione Istruzione Operaitva: " La care ostetrica" nella rete dei servizi dell'ASL TSE, area di intervento: pubertà. % di somministrazione di scheda di autovalutazione dei bisogni sul totale delle/degli utenti che accedono per la l volta al Consultorio Giovani	100%			
			Potenziamento della presa in carico della cronicità, implementazione e monitoraggio dei PDTA	rispetto programmazione aziendale			
			Potenziamento dell' integrazione Ospedale-Territorio attraverso equipe multidisciplinari in vari ambiti	rispetto programmazione aziendale			
			Progettazione e implementazione della Case della Comunità	rispetto programmazione prevista			
			Ottimizzazione degenza media in OSPEDALE DI COMUNITA' / MO.DI.CA.	<=20			
			Potenziamento cure intermedie	rispetto programmazione prevista			
			Implementazione centrali operative territoriali (COT)	rispetto programmazione prevista			
			PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE	Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana. (valore medio performance)	Mantenimento/miglioramento della valutazione media aziendale da Bersaglio MeS		
	QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO, TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	Promuovere la qualità , la sicurezza e la trasparenza dei percorsi assistenziali nonchè la formazione degli operatori	Formazione	Predisposizione, deliberazione PAF ed invio in Regione entro il termine stabilito. Predisposizione documento. % di realizzazione.	100%		
				Formazione in ottemperanza alle direttive PNRR. % di personale formato nel rispetto delle quote individuate per ambito di competenza.	100%		
Garantire e monitorare l'adeguata formazione a tutto il personale in tendenziale coerenza con le indicazioni ministeriali (compreso Antincendio, sicurezza, privacy etc)				100%			
Diffusione della conoscenza sul GEP (Gender Equality Plan) aziendale. % strutture				100%			
% eventi formativi realizzati all'interno della macro-struttura di riferimento su N° eventi formativi previsti per la macro-struttura nel piano di formazione x100				80%			
Qualità e Accreditamento			Prosecuzione nel percorso di Certificazione di Qualità delle strutture tecnico-amministrative.N° procedure da redigere/revisionare realizzate digitalmente (mediante utilizzo della piattaforma iShare-doc) entro il 31 ottobre	REDAZIONE PROCEDURE TECNICHE AMMINISTRATIVE >=1			
			Messa in atto di tutte le azioni necessarie previste dalla road map dell'Accreditation Canada. N° azioni realizzate / N° Azioni previste dalla road map di Accreditation Canada.	50%			
			Monitoraggio infezioni.Report mensili	12			
			Completezza Scheda Dimissione Ospedaliera: % SDO chiuse entro il giorno 10 del mese successivo.	95%			
			Indagine PREMs sul ricovero ordinario.	Mantenimento percentuale di adesione e incremento percentuale di risposta			
			Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta (da indagine Preme) % risposte con valutazione scarsa o pessima.	mantenimento diminuzione			
			Aggiornamento manuale di qualità ai fini dell'accreditamento % realizzazione	100%			
			Valutazione completezza registro operatorio Ormaweb: % campi compilati.	100%			
			Verifica e controllo congruità cartella clinica e SDO per presidi pubblici e privati convenzionati	rispetto programma			
Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure			Numero Audit Clinici (per struttura)	rispetto indicazioni regionali			
			Numero MMR (per struttura)	rispetto indicazioni regionali			
			Monitoraggio indicatori specifici previsti nei PDTA. Produzione report	rispetto programma aziendale			

AREA STRATEGICA	LINEA DI INDIRIZZO	AMBITO	Descrizione indicatore	Target 2025	Target 2026	Target 2027	
OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE E SVILUPPO	Implementare nuovi progetti organizzativi, di innovazione e sviluppo e sanità digitale	Cure	Corretta compilazione check list operatoria regionale. N. Check list operatorie compilate correttamente sul N. totale check list.	100%			
			Compilazione delle schede relative alle pratiche per la sicurezza (dolore,cadute, lesioni da pressione valutazione patrimonio venoso, monitoraggio CVC..). Stesura e analisi report di sintesi con eventuali azioni di miglioramento. Num. Report	rispetto obiettivi specifici			
			Trasparenza e Anticorruzione	Divulgazione del Codice di Comportamento e del Regolamento sul Conflitto di Interessi riscontrabile da riunione di struttura, ove risulti il livello di partecipazione degli operatori. Numero riunioni	>=1		
		Revisione Regolamenti, Procedure e Attività Tecnico-Amministrative e Percorsi Sanitari	Sviluppo di nuovi modelli organizzativi sia in ambito medico, chirurgico, tecnico amministrativo sostenibili, innovativi, flessibili (Lean Project)	rispetto programma previsto			
			Revisione, stesura procedure o istruzioni operative in ambiti specifici	rispetto indicazioni delle macrostrutture			
			Analisi azioni di miglioramento nei percorsi amministrativi e sanitari	>1			
			Ottimizzazione percorso pagamenti fornitori Monitoraggio tempi di liquidazione: % di fatture liquidate/contestate al fornitore entro 30 giorni dal ricevimento.	90%			
			Analisi assegnazione risorse umane . Adozione modello di monitoraggio coerente con modello Agenas. Messa a regime sistema	100%			
			Azioni di recupero crediti. % di gestione delle posizioni aperte (recupero importi /prescrizione /azzeramento)	90%			
			Adozione di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili per i vari fattori produttivi	implementazione reportistica			
			Redazione documento di programmazione interaziendale di Area Vasta	100%			
			Mantenimento programmi di efficientamento energetico	contenimento consumi			
			Realizzazione progetti PNRR	Rispetto delle indicazioni fornite dal Settore Regionale Competente			
			Sanità digitale	Prosecuzione nel processo di omogeneizzazione e informatizzazione: Sistema Informativo Territoriale Regionale (AsterCloud) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio	rispetto cronoprogramma aziendale e regionale		
				Completamento del dispiegamento della Cartella Clinica Elettronica (CCE) CR1 in tutti i settings assistenziali ospedalieri	rispetto programma aziendale		
				Sviluppo di Strumenti digitali a supporto delle attività di Monitoraggio. Sviluppo nuovi Datamart su DWH e Cruscotti Qlik. % di realizzazione	rispetto programma aziendale		
				Progetto di Digitalizzazione della distribuzione diretta del Famaco EDF (Electronic Drug Fulfillment)	rispetto programma aziendale		
					Rispetto delle indicazioni fornite dal Settore Regionale Competente		
Sviluppo della telemedicina.	Rispetto delle indicazioni fornite dal Settore Regionale Competente						
BUON USO DELLE RISORSE	Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e al governo della spesa	Azioni di Appropriatezza	Contenimento costi per TRASPORTI SANITARI in dimissione. % trasporti su dimessi	riduzione			
			Richieste da Magazzino. % di richieste urgenti sul totale delle richieste	5%			
			Appropriatezza prescrittiva molecole ad alto costo	ottenimento del valore pro-capite richiesto dalla Regione			
			Appropriatezza prescrittiva di visite specialistiche e diagnostiche attraverso incontri specifici con MMG. Produzione di un documento con linee di indirizzo. % di realizzazione	100%			
			Sviluppo progetti di efficientamento specifici	contenimento costi e miglioramento appropriatezza dei percorsi			
			Costi	ASSISTENZA PROTESICA	rispetto budget assegnato		
		Assistenza residenziale / semiresidenziale e inserimenti lavorativi per utenti DSM		rispetto budget assegnato			
		Assistenza residenziale e semiresidenziale DISABILI		rispetto budget assegnato			
		Assistenza residenziale/semiresidenziale per utenti DSM		rispetto budget assegnato			

AREA STRATEGICA	LINEA DI INDIRIZZO	AMBITO	Descrizione indicatore	Target 2025	Target 2026	Target 2027
			BENI NON SANITARI	rispetto budget assegnato		
			BENI SANITARI Farmaci	rispetto budget assegnato		
			BENI SANITARI BS (escluso farmaci)	rispetto budget assegnato		
			Costi per ass. domiciliare in convenzione	rispetto budget assegnato		
			Costi per servizi resi da cooperative , contributi e sussidi erogati nell'ambito del FNA	rispetto budget assegnato		
			CURE INTERMEDIE - rette per utenti anziani in moduli di cure intermedie e ospedale di comun ità	rispetto budget assegnato		
			Distribuzione Diretta: % pazienti con distribuzione diretta rispetto il totale dei pazienti trattati (in regime di ricovero o ambulatoriale)	mantenimento incremento		
			RETTE IN COMUNITA' e INSERIMENTI LAVORATIVI per utenti SERT	rispetto budget assegnato		
			Rette RSA per anziani non autosufficienti	rispetto budget assegnato		
			Riabilitazione Ex art.26	rispetto budget assegnato		
			SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA importo pro capite	ottenimento del valore pro-capite richiesto dalla Regione		
			SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	rispetto budget assegnato		
			Rispetto del budget anno in corso per gli acquisti di prodotti farmaceutici non contrattualizzati (farmaci, DM ed IVD,) e dei dispositivi medici non contrattualizzati di classe 2B/3 che necessitano della valutazione Regionale	rispetto budget assegnato		
			Governo ed efficientamento costi relativamente ad i budget trasversali assegnati	rispetto risparmio atteso in base alle indicazioni regionali		
			Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato	rispetto budget assegnato		



Proposta Piano Azione Positive (PAP) 2023/2025

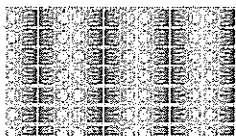
PREMESSA

Il presente documento è redatto in ossequio alla normativa vigente ed in particolare:

- Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 ed in particolare l'art. 57, come novellato dall'art. 21 della Legge 4 novembre 2010, n. 183, che prevede che le pubbliche amministrazioni costituiscano al proprio interno il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (di seguito, in breve, Comitato Unico di Garanzia), organismo che sostituisce, assumendone le competenze, i Comitati per le pari opportunità e i Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing;
- Decreto legislativo 11 aprile 2006 n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", ai sensi dell'art. 48 tutte le pubbliche amministrazioni devono adottare «piani di azioni positive tendenti ad assicurare, nel loro ambito rispettivo, la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne».
- Direttiva emanata dal Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione ed il Ministro per i diritti e le pari opportunità il 23 maggio 2007 "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle amministrazioni pubbliche";
- Direttiva Funzione Pubblica n. 2 del 26 giugno 2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle amministrazioni pubbliche" che prevede che il Piano delle azioni positive sia collegato al ciclo della performance e venga allegato al Piano della performance dell'amministrazione

COMPITI DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA

Il CUG esercita compiti *propositivi, consultivi e di verifica*, nell'ambito delle competenze allo stesso demandate che, ai sensi dell'articolo 57, comma 1, del d.lgs. n.165/2001 (così come introdotto dall'articolo 21 della legge n. 183/2010), sono quelle che la legge, i contratti collettivi o altre disposizioni in precedenza demandavano ai Comitati per le Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, oltre a quelle indicate nella norma citata.



Azienda USL Toscana sud est COMITATO UNICO DI GARANZIA

Il CUG, si afferma come soggetto, attraverso il quale il legislatore tenendo conto delle criticità esistenti intende raggiungere più obiettivi:

a) Assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione diretta e indiretta, relativa al genere, all'età all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua, senza diminuire l'attenzione nei confronti delle discriminazioni di genere l'ampliamento ad una tutela espressa nei confronti di ulteriori fattori di rischio. Sempre più spesso coesistenti, intende adeguare il comportamento del datore di lavoro pubblico alle indicazioni della Unione Europea.

b) Favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici.

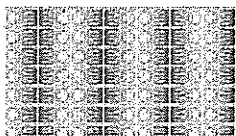
c) Razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione anche in materia di pari opportunità, sia con il contrasto alle discriminazioni sia favorendo il benessere dei lavoratori e delle lavoratrici tenendo conto delle novità introdotte dal d.lgs. n. 150/2009 e delle indicazioni derivanti dal decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 (T.U. in materia della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) e dal decreto legislativo 11 aprile 2006 n. 198, come modificato dal decreto legislativo 25 gennaio 2010 n. 5 (Attuazione della direttiva 2006/54/CE relativa al principio delle pari opportunità e della parità di trattamento fra uomini e donne in materia di occupazione e impiego).

AZIONI 2023-2025

Il CUG della Azienda USL Toscana Sud Est è stato rinnovato con Delibera n. n.1618 del 21/12/22.

Per la stesura del presente Piano di Azioni Positive (PAP) ha potuto contare sull'attività svolta e sulla esperienza acquisita attraverso le azioni promosse con il precedente PAP 2018/2020, la cui realizzazione è stata fortemente influenzata dall'emergenza pandemica.

Nonostante le difficoltà incontrate nel periodo pandemico, le azioni contenute nel piano sono



Azienda USL Toscana sud est COMITATO UNICO DI GARANZIA

state in larga parte realizzate, come è possibile rilevare anche dalle relazioni annuali 2020/2021 depositate agli atti, e di esse si è tenuto conto per la stesura del nuovo piano per proseguire nel percorso già intrapreso e consolidarlo.

In linea con quanto contenuto nel PIAO 2023 - 2025 (Delibera DG n.0000075 del 27/01/2023), è stato pertanto predisposto il presente Piano delle Azioni Positive, per il triennio 2023-2025, discusso e approvato nella seduta del Comitato del 28/03/2023, che si pone all'attenzione della Direzione Aziendale, per gli atti conseguenti.

Il presente documento sarà inoltre sottoposto all'esame della Consiglieria Regionale di Parità e delle Consigliere di Parità delle Province di AR, SI e GR per le loro osservazioni.

1) Comunicare il CUG :diffondere la cultura

Per una efficace diffusione delle informazioni e per una comunicazione aggiornata delle attività del CUG verso i dipendenti e le dipendenti sulle tematiche proprie del Comitato, oltre a cicli di incontri con il personale aziendale è necessario '

- mantenere aggiornata la pagina dedicata al CUG sulla pagina INTRANET con informazioni e materiale di interesse;
- realizzare eventi informativi/divulgativi con cadenza annuale in date simboliche (es.: 8 marzo/ 25 novembre/ 12 marzo) sui temi di competenza del CUG.

2)Formazione

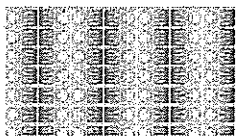
Per la diffusione della cultura di genere, la valorizzazione delle risorse umane, la gestione dei conflitti e il benessere organizzativo, il CUG promuove :

- l' inserimento nel PFA (piano formativo aziendale) di momenti informativi e formativi obbligatori che coinvolgano i vari livelli professionali e dirigenziali sui temi sopra esposti;
- eventi formativi da inserire nel PFA (piano formativo aziendale), con eventuale acquisizione dei crediti ECM per le figure professionali sanitarie, per il personale per ogni annualità del piano Corsi programmati 2023:

- Buon Lavoro! - Nuove modalità per approfondire le dinamiche etiche, emozionali ed energetiche che si possono attivare in un rapporto di cura
- Navigare i conflitti e favorire il dialogo con la Comunicazione Non Violenta
- MBSR Mindfulness-based stress reduction

Per consolidare le competenze dei componenti del CUG:

- 1 corso di formazione nell'anno 2024;
- partecipazione ad eventi fOFiTiativi specifici in particolare sulle tematiche di benessere



organizzativo, mobbing e pari opportunità , organizzati da Enti e Associazioni accreditati a livello regionale e nazionale

3) Fare "Rete"

L'attività di consolidamento, raccolta dati statistici e confronto tra le strutture interne (Codice rosa, Medicina di genere, Osservatorio violenza sugli operatori sanitari, Promozione della salute ecc.) e quelle esterne, quali gli organismi di parità operanti a livello locale, regionale, nazionale, con il CUG, sono alla base del lavoro necessario per la definizione di un linguaggio comune e di azioni congiunte per la proposizione e il sostegno degli obiettivi di parità, contrasto alle discriminazioni e promozione del benessere di chi lavora.

Il CUG propone per questa azione;

- la collaborazione con la struttura "UOSD Benessere Organizzativo e Clima Interno";
- la partecipazione attiva alle reti territoriali e in particolare alla rete "Rete Regionale dei CUG", istituita presso l'Ufficio della Consiglieria regionale di parità.

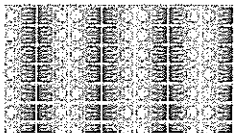
Per un costante monitoraggio e analisi delle politiche aziendali è inoltre necessario:

- la comunicazione preventiva di ogni atto interno di competenza del comitato (delibere, regolamenti, procedure);
- la fornitura di tutti i dati, le informazioni e le risorse necessarie a garantire l'operatività del CUG che consentano di adempiere ai propri compiti istituzionali (es.: dati relativi alle richieste e gli accessi del personale ai vari istituti contrattuali, (part time, telelavoro, ecc.); fornitura di dati disaggregati per genere, età, qualifica professionale ecc. per la relazione annuale e per altre esigenze informative;
- assegnare al comitato una sede e del personale dedicato con funzioni di segreteria

Tutto ciò anche al fine di dare piena attuazione a quanto previsto nella Direttiva Funzione Pubblica n. 2 del 26 giugno 2019.

4) Contrasto ad azioni di strain e mobbing. Lotta alle molestie e alle discriminazioni. Miglioramento del benessere organizzativo.

Il CUG ritiene questo un obiettivo prioritario del suo mandato e le relazioni e il percorso stabilito tra la Direzione Aziendale, il S.P.P., i Medici Competenti, le strutture aziendali quali il Dipartimento Risorse Umane, l'Agenzia della Formazione, i R.L.S., per affrontare in maniera coordinata tutta la materia del benessere organizzativo e dell'impatto che su di esso può esercitare lo stress lavoro-correlato, è indispensabile per progettare in maniera unitaria la rilevazione dei disagi e quella dei bisogni per i dipendenti e le dipendenti della azienda.



Azienda USL Toscana sud est COMITATO UNICO DI GARANZIA

Nell'ottobre 2021 l'Italia, secondo paese in Europa, ha concluso il processo di ratifica della Convenzione OIL n. 190 del 2019, contro la violenza e le molestie nel mondo del lavoro, con l'approvazione della legge n.4 del 15/01/2021.

Per implementare una cultura aziendale che rifiuti la violenza e le discriminazioni sul lavoro in tutte le loro forme, come affermato dalla convenzione internazionale, è necessario mettere in atto azioni di prevenzione, protezione e assistenza e fare ogni sforzo per la informazione e formazione rivolta ai gestori delle risorse umane e/o ai/lle lavoratori/trici e ad ogni soggetto che entri in contatto con l'azienda.

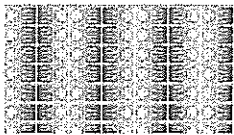
Si ritiene comunque necessario:

- stabilire e presidiare il percorso per la gestione delle “segnalazioni” delle molestie e delle aggressioni, sia per la prevenzione del fenomeno garantendo la tutela del/la segnalante ma soprattutto per l'individuazione di soluzioni condivise che intervengano efficacemente sulla conciliazione dei conflitti, sulla gestione delle risorse umane e sullo stress lavoro correlato, anche alla luce della recente emanazione del D.lgs 10 marzo 2023, n. 24;
- la valorizzazione degli “sportelli di ascolto” dedicati, diffusi sul territorio con definizione del loro mandato e del loro rapporto con le altre strutture aziendali, per la presa in carico dei soggetti/casi che manifestano situazioni di disagio;
- il potenziamento della UO Benessere Organizzativo dotata di risorse e professionalità adeguate per l'implementazione di nuovi ambiti di intervento sul benessere organizzativo;
- l'applicazione e la diffusione del CODICE ETICO;
- avvio del percorso aziendale per il conferimento dell'incarico di Consigliere/ra di Fiducia, figura terza prevista dalla normativa europea, chiamata a prevenire, gestire risolvere i casi di discriminazione, molestie sessuali e morali, vicende di mobbing, nonché di mancato rispetto dei valori e delle regole enunciate nel Codice Etico.

5) Bilancio di genere

Leggere i bilanci degli enti pubblici in chiave di genere è un importante strumento di *mainstreaming* (integrazione) che consente di analizzare e contribuire a ridurre le disuguaglianze attraverso un esercizio di trasparenza, equità di gestione delle risorse impiegate. In tal modo, gli amministratori possono essere maggiormente consapevoli delle conseguenze su donne e uomini del loro agire e poter condurre una azione politica non solo più equa, ma anche più efficace ed efficiente.

Il Bilancio di Genere per la nostra Azienda deve diventare uno strumento permanente di



Azienda USL Toscana sud est COMITATO UNICO DI GARANZIA

monitoraggio e programmazione delle scelte aziendali.

Si prevede pertanto di:

- applicare la metodologia e rilevare gli indicatori dello studio MES-ANAAO, al quale l'azienda attraverso il CUG ha dato già un importante contributo;
- l'adozione e il perseguimento di un sistema di gestione per la parità di genere, di cui alla Prassi di riferimento UNI/PdR 125:2022, pubblicata il 16 marzo 2022, che potrà portare anche alla "Certificazione della parità di genere".
- istituire all'interno della azienda un "osservatorio di genere" che con figure multi professionali aziendali e con il contributo del CUG monitori, periodicamente, il quadro dell'impatto del genere sulla organizzazione in termini di performance e azioni e fornisca le basi per interventi mirati.

6) Linguaggio di genere

Nella costellazione di documenti prodotti a sostegno di un Linguaggio di genere inclusivo e rispettoso di ogni differenza, il MIUR nel 2018 ha redatto le "Linee Guida per l'uso del genere nel linguaggio amministrativo" intendono fornire indicazioni e strategie linguistiche concrete per una revisione dei documenti prodotti nelle amministrazioni pubbliche.

Su queste basi il CUG si propone

- l'implementazione da parte dell'Azienda delle "Linee guida" per l'uso del genere nel linguaggio amministrativo e nei documenti aziendali .

(collaborazione delle Università della città di Siena).

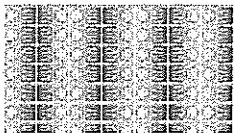
7) Smart working/ Lavoro Agile/ telelavoro

Il CUG, fin dal precedente PAP, ha posto particolare attenzione alla politica aziendale verso questa forma di lavoro, ritenendola in grado di contribuire fortemente a favorire la conciliazione tra vita lavorativa, vita personale e familiare, tenendo soprattutto conto delle vaste dimensioni territoriali della azienda.

La Pandemia ha fatto irrompere il lavoro a distanza anche nel mondo del lavoro sanitario, chiamando le aziende ad una rapida riorganizzazione per garantire la prosecuzione dell'attività lavorativa e il necessario distanziamento.

Il PNRR affronta questo tema in vari capitoli sulla sostenibilità e sull'innovazione e individua la telemedicina come nuova forma di presa in carico del paziente.

Il CUG intende verificare l'accesso e le condizioni di lavoro agile e del telelavoro tramite un costante monitoraggio della politica aziendale su questo tema, al fine di rilevare eventuali



Azienda USL Toscana sud est COMITATO UNICO DI GARANZIA

criticità e farsi promotore di azioni specifiche a tutela dei diritti dei lavoratori e delle lavoratrici.

Ritiene pertanto necessario'

- prevedere una rilevazione annuale dei bisogni e della soddisfazione del personale, rispetto a queste forme di lavoro, attraverso l'utilizzo di strumenti già validati in altre Pubbliche Amministrazioni del territorio e/o con la loro collaborazione (es: Questionario Dipartimento di Economia politica e Statistica, UNISI)

- istituzione di un tavolo di confronto OO.SS/RSU — CUG - Amministrazione che si riunisca periodicamente (ogni 6 mesi) attraverso il quale poter costruire parametri e strumenti di valutazione della performance equi e condivisi per la gestione del personale

8) Maternità e lavoro

Conciliare lavoro e famiglia è una sfida quotidiana che le imprese possono sostenere con politiche di welfare aziendale, le pubbliche amministrazioni sulla base di studi degli ultimi anni hanno dimostrato l'utilità, di adottare politiche favorevoli alle famiglie (*/a/z//y f'riendi/*)

Per questo ambito Il CUG ritiene utile promuovere un'indagine interna che definisca:

- il livello di percezione dei/lle dipendenti di come l'azienda si pone di affrontare il tema maternità e lavoro

- l'esame degli atti e regolamenti a carattere interno, dell'azienda aziendale nei confronti del *Family Friendly*.

Il CUG inoltre promuoverà, sosterrà e monitorerà tutte le azioni che l'Azienda intende mettere in atto per il miglioramento delle condizioni di lavoro di donne e uomini per agevolare la conciliazione dell'attività lavorativa con quella familiare, anche attraverso l'adozione di Buone Prassi che partendo dall'analisi dei dati delle indagini aziendali individui le azioni di miglioramento

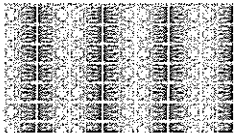
A sostegno della maternità si prevede:

- l'implementazione delle azioni di miglioramento prodotte dal gruppo dei lavoro sul protocollo "La tutela della salute e della Sicurezza delle lavoratrici in stato di gravidanza e delle lavoratrici madri".

- promozione e adozione del lavoro agile quale strumento di conciliazione tra vita lavorativa e vita privata;

- sostegno alla realizzazione dell'asilo nido aziendale presso l'ospedale di GR secondo il progetto presentato dagli Ordini dei Medici, Infermieri e Tecnici sanitari;

- promozione di iniziative analoghe in altri presidi ospedalieri/aziendali delle province di Siena e



Azienda USL Toscana sud est COMITATO UNICO DI GARANZIA

Arezzo

9) invecchiare bene al lavoro "Age Diversity Management" / Prevenzione in un'ottica di genere/ WHP

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

Tali buone pratiche (part-time, mentoring, valutazioni, ipersuscettibilità, ecc) vogliono rappresentare una implementazione delle misure di prevenzione e promozione della salute basate sull'età anagrafica dei/lle lavoratori/trici /ag'e /r/aeag'e/7/en/g e più in generale ai diversi bisogni che gli/le stessi/e presentano correlati alle ridotte capacità lavorative (*diversify maeape/r/e //*. Il CUG propon :

- di monitorare la loro applicazione affinché questa buona prassi per affrontare con un approccio strategico globale e proattivo al problema della demografia aziendale, in cui le caratteristiche personali e professionali siano mirati ed affrontate con interventi che valorizzino le caratteristiche delle persone in età avanzata o con fragilità di salute e/o ridotte capacità lavorativa-
- nel 2022 l'azienda ha aderito al progetto regionale "WHP- Work Healt Promotion- Luoghi di lavoro che promuovono la salute", il CUG intende contribuire con idee ed azioni, attraverso il gruppo di lavoro appositamente istituito, alle azioni tese a promuovere la partecipazione attiva delle persone nell'adozione di stili di vita sani per la riduzione dei fattori di rischio socio-economici e ambientali che agiscono come determinanti nel miglioramento della salute e del benessere del personale dipendente.

Per il finanziamento del presente piano si attinge ai fondi aziendali

Il monitoraggio del Piano viene effettuato annualmente e i risultati saranno riportati all'interno della relazione annuale di cui alla Direttiva Funzione Pubblica n.2/2019.

Siena 28/03/2023

Per il Comitato Unico di Garanzia

La presidente

dr.ssa Rossana Mancini.



MANCINI ROSSANA
Regione Toscana
31.03.2023
08:22:51
GMT+00:00

Procedura per la gestione del rischio corruzione

1. Premessa

Il sistema di prevenzione della corruzione, introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 6 novembre 2012 n° 190, imponeva a tutte le pubbliche amministrazioni di predisporre, entro il 31 gennaio di ogni anno, un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) che fornisse una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indicasse gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio (art. 1, co. 5, l. 190/2012).

L'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021 n° 80, convertito con legge 6 agosto 2021 n° 113, ha introdotto per le pubbliche amministrazioni - con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative - l'obbligo di redazione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso. Con DPR 24 giugno 2022 n° 81 vengono individuati gli adempimenti assorbiti dal PIAO, tra cui quello relativo all'articolo 1, commi 5, lettera a) e 60, lettera a), della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Piano di prevenzione della corruzione).

Il PIAO e i relativi aggiornamenti devono essere pubblicati **entro il 31 gennaio di ogni anno** nel sito internet istituzionale e inviati al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale.

In conformità alle prescrizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA –sezione anticorruzione del PIAO), l'Azienda USL Toscana Sud Est ha implementato un processo di gestione del rischio corruzione che si articola nelle seguenti fasi:

- Analisi del contesto: esterno e interno; [L] [SEP]
- Valutazione del rischio: Identificazione, analisi e ponderazione del rischio; [L] [SEP]
- Trattamento del rischio: identificazione e programmazione delle misure; [L] [SEP]
- Monitoraggio e controllo sull'attuazione delle misure.

[L] [SEP]

2. Obiettivo

Lo scopo della presente procedura è di regolamentare le attività del processo di gestione del rischio corruzione svolte a livello aziendale, in conformità alle indicazioni contenute nel PNA e nel PTPCT/PIAO.

3. Campo di applicazione

Il presente documento si applica a tutti i processi della Azienda USL Toscana sud est.

4. Glossario e Definizioni

Processo: insieme di attività in rapporto di relazione reciproca che creano valore trasformando delle risorse iniziali (input) in un prodotto finale (output) destinato ad un soggetto interno o esterno all'Azienda.

ANAC: Autorità Nazionale Anticorruzione

AUTSE: Azienda USL Toscana sud est

PNA: Piano Nazionale Anticorruzione [L] [SEP]

PTPCT: Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

PIAO: Piano Integrato di Attività e Organizzazione

RPC: Responsabile della Prevenzione della Corruzione

RT: Responsabile della Trasparenza

5. Responsabilità e descrizione delle attività

Il RPC coordina tutte le attività previste dalla presente procedura.

I dipendenti, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 62/2013, garantiscono la loro collaborazione allo svolgimento di tutte le attività previste dalla presente procedura.

Le fasi di mappatura dei processi (par. 5.2), valutazione dei rischi (par. 5.3) e trattamento dei rischi (par. 5.4), devono essere ripetute nel caso in cui, anche in seguito a monitoraggio, siano state rilevate modifiche sostanziali nell'organizzazione, nella struttura dei processi, nei rischi presenti o del livello di esposizione correlato, oppure, sia necessario effettuare un aggiornamento delle misure di prevenzione.

5.1. Definizione di processo

Per processo si intende un insieme di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente).

5.2. Mappatura dei processi

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

In particolare, tale fase consiste:

- nella rilevazione di nuovi (o aggiornamento/revisione) processi a rischio e nell'individuazione di eventuali relative misure di prevenzione;
- nel monitoraggio (efficacia e sostenibilità) delle misure di prevenzione per la conferma/aggiornamento di quelle in essere.

L'attività in oggetto si è svolta, come di consueto, con il supporto e coordinamento del RPC e del suo Staff attraverso consulenze, focus di approfondimento, tavoli di lavoro.

Di seguito le aree di rischio mappate ad oggi dalla ASL Toscana Sud Est:

A) Aree di rischio generali:

- Acquisizione e gestione del Personale (ex Acquisizione e progressione del personale)
- Contratti pubblici (ex Affidamento di lavori, servizi e forniture)
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni)
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè sovvenzioni, contributi, sussidi)
- Gestione delle entrate, delle spese/bilancio e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Incarichi e nomine
- Affari legali e contenzioso

B) Aree di rischio specifiche per Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale:

- Attività libero professionale ^[L]_[SEP]
- Liste di attesa ^[L]_[SEP]
- Rapporti contrattuali con privati accreditati ^[L]_[SEP]
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni ^[L]_[SEP]
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero ^[L]_[SEP]
- Donazioni ^[L]_[SEP]
- Sponsorizzazioni formazione ^[L]_[SEP]

5.2.1. Identificazione dei processi

L'identificazione dei processi ha lo scopo di individuare l'elenco completo dei processi aziendali.

Per l'identificazione dei processi si può partire dall'analisi della documentazione esistente, dal catalogo aziendale dei procedimenti amministrativi/PAC (avendo cura di aggregarli in un unico processo nel caso in cui siano finalizzati alla realizzazione di un medesimo risultato) o dall'analisi di processi analoghi svolti in altre ASL/AO o Enti similari.

5.2.2. Descrizione e rappresentazione

La descrizione e la rappresentazione di un processo consente di identificare più agevolmente le criticità presenti in funzione delle modalità di svolgimento, al fine di inserire i necessari correttivi. Infatti, solo analizzando nel dettaglio le singole attività è possibile individuare quelle vulnerabilità che potrebbero favorire il verificarsi di un evento corruttivo.

Dal 2022, in occasione della redazione del PIAO 2022 – 2025, i Direttori di Unità Operativa descrivono e rappresentano i processi di competenza, secondo le priorità individuate in collaborazione con l'RPC, compilando il questionario online relativo alla mappatura dei processi tramite accesso ad apposito link personalizzato inviato direttamente dalla casella del “Responsabile della prevenzione della corruzione” dell'Azienda USL Toscana sud est.

Il link consente l'accesso ad un format in cui sono preindicati i seguenti elementi:

- Denominazione del processo da mappare
- Area di rischio cui afferisce il processo
- Nominativo del Responsabile del processo
- Struttura di appartenenza

5.3. Valutazione dei rischi

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

L'Azienda USL Toscana Sud Est ha operato al fine di adeguarsi a quanto previsto nelle indicazioni metodologiche di cui all'allegato 1 del PNA ANAC 2019 (Delibera n° 1064 del 13 novembre 2019).

Per effettuare la valutazione del rischio di ciascun processo selezionato, si è proceduto a costruire uno strumento di valutazione (v. allegato n°1 “scheda di gestione del rischio”), composto di n°3 sezioni, “valutazione rischio inerente”, “valutazione del rischio residuo” e “scheda di rischio”.

A partire dalla Mappatura processi 2025, in previsione della redazione della sezione anticorruzione del PIAO 2025 – 2027, lo strumento è stato integrato con una ulteriore quarta sezione relativa al “registro dei rischi”, specificamente finalizzata alla rilevazione degli “eventi rischiosi”, con l'obiettivo di individuare comportamenti o fatti (anche potenziali) che possono verificarsi in relazione al processo oggetto di analisi, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

5.3.1 Identificazione dei rischi

L'identificazione dei rischi ha lo scopo di individuare tutti gli eventi rischiosi che, anche ipoteticamente, potrebbero verificarsi all'interno di ciascuna attività del processo. Se un evento rischioso non viene correttamente identificato non potrà essere adeguatamente trattato.

I Direttori di Unità Operativa, con il supporto della Rete dei Referenti del RPC, individuano i rischi di corruzione per ciascun processo riportandoli nella compilazione del questionario online di cui sopra.

In coerenza con le indicazioni metodologiche di ANAC sopracitate, l'RPC ha cercato di implementare lo strumento di valutazione sopra citato prevedendo il coinvolgimento delle strutture organizzative responsabili della Mappatura dei processi in maniera ancora più netta rispetto al passato, in quanto i relativi dirigenti, grazie ad un'approfondita conoscenza delle attività svolte, possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi e contribuire alla costruzione di un “registro dei rischi” per processo.

In particolare, l'identificazione del rischio verte sull'analisi congiunta scaturita dalla valutazione del rischio inerente e del rischio residuo.

La "valutazione del rischio inerente" comprende l'analisi dei fattori abilitanti degli eventi corruttivi, cioè dei fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Sono stati inoltre individuati n°10 indicatori di rischio ritenuti particolarmente significativi per le attività istituzionali dell'Azienda rispetto ai quali è stato richiesto di esprimere una valutazione.

Alcuni indicatori corrispondono anche ai fattori abilitanti con la convinzione che il grado di rischio è influenzato dai primi.

Per realizzare l'approccio qualitativo, osservando il "criterio generale di "prudenza" per non sottostimare il rischio, si chiede ai Titolari dei processi prescelti di "auto valutare" il livello di rischio dei propri processi mappati, con specifiche motivazioni, "fornendo evidenze a supporto-dati oggettivi" (dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari, etc.).

La "valutazione del rischio residuo" è uno strumento che ha lo scopo di verificare che le misure di prevenzione generali e specifiche siano state correttamente attuate. In sostanza, la valutazione del rischio residuo consente di ridisegnare le misure già esistenti prima di introdurre di nuove.

La valutazione del rischio residuo afferisce alla fase della ponderazione del rischio, in quanto il relativo esito potrebbe indurre il sistema a non sottoporre il processo ad ulteriori trattamenti del rischio, limitandosi a mantenere le misure già esistenti.

L'introduzione della sezione relativa al "registro dei rischi" per processo, come sottolineato nel paragrafo precedente, ha lo scopo di facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi e contribuire alla costruzione di un "registro dei rischi" per processo in modo da far acquisire maggior consapevolezza all'Azienda in merito a fenomeni anche potenzialmente rischiosi.

La "scheda di rischio" prende spunto dalle risultanze della valutazione del rischio inerente e del rischio residuo e impone alla struttura interessata di individuare una serie di misure di trattamento del rischio da programmare.

5.3.2. Analisi dei rischi

L'analisi ha lo scopo di individuare i fattori abilitanti che favoriscono il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Nella procedura adottata dall'Azienda l'analisi dei fattori abilitanti viene effettuata mediante la somministrazione della "scheda di gestione del rischio"/ sezione "valutazione rischio inerente" in cui sono individuate 6 domande che possano individuare i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Le 6 domande in questione vertono su: Trasparenza/ Responsabilità/Responsabilizzazione interna/Competenze del personale/Diffusione della legalità/Attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

5.4. Trattamento dei rischi

Il trattamento dei rischi ha lo scopo di individuare e programmare le misure più idonee a prevenire i rischi corruttivi.

La fase in oggetto, come abbiamo visto, può portare all'introduzione di misure di mitigazione, o valutarne la non necessità, confermando il mantenimento di quelle già in essere, pianificando anche eventuali priorità di trattamento.

5.4.1. Individuazione delle misure

I Direttori di Unità Operativa, con il supporto della Rete dei Referenti del RPC, individuano per ciascun rischio le misure specifiche di prevenzione che devono rispondere ai seguenti requisiti:

- Essere integrate con misure e/o controlli specifici pre-esistenti allo scopo di evitare una stratificazione e l'appesantimento dell'attività amministrativa; [L] [SEP]
- Essere idonee a neutralizzare i fattori abilitanti e le criticità riscontrate nell'attività riducendo al massimo il rischio ad un livello residuo accettabile, nella consapevolezza che il rischio zero non esiste in quanto, anche in presenza di misure di prevenzione, la possibilità che si verifichino fenomeni corruttivi attraverso accordi collusivi tra due o più soggetti può sempre manifestarsi. [L] [SEP]
- Essere sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo; [L] [SEP]
- Essere adatte alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione; [L] [SEP]
- Essere graduate e programmate in funzione del livello di esposizione al rischio; [L] [SEP]
- Essere conformi alle indicazioni fornite dall'ANAC. [L] [SEP]

5.4.2. Programmazione delle misure

I Direttori di Unità Operativa, con il supporto della Rete dei Referenti del RPC, programmano operativamente le misure specifiche di prevenzione e, in coerenza con quanto previsto dalle indicazioni metodologiche di ANAC, sono invitati a:

Descrivere con accuratezza in cosa consistono le misure

Descrivere le fasi e/o modalità con cui verranno attuate al fine di incidere sui fattori abilitanti del rischio

Descrivere i tempi di realizzazione delle misure

Individuare i responsabili dell'attuazione delle misure e/o delle loro fasi

Individuare gli indicatori di monitoraggio

Individuare i valori attesi.

La programmazione delle misure viene effettuata mediante l'ausilio della sezione "scheda di rischio" dello strumento "scheda gestione del rischio".

5.5. Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio e il controllo permettono di verificare l'attuazione e l'idoneità delle misure specifiche di prevenzione e di apportare modifiche in caso di non conformità.

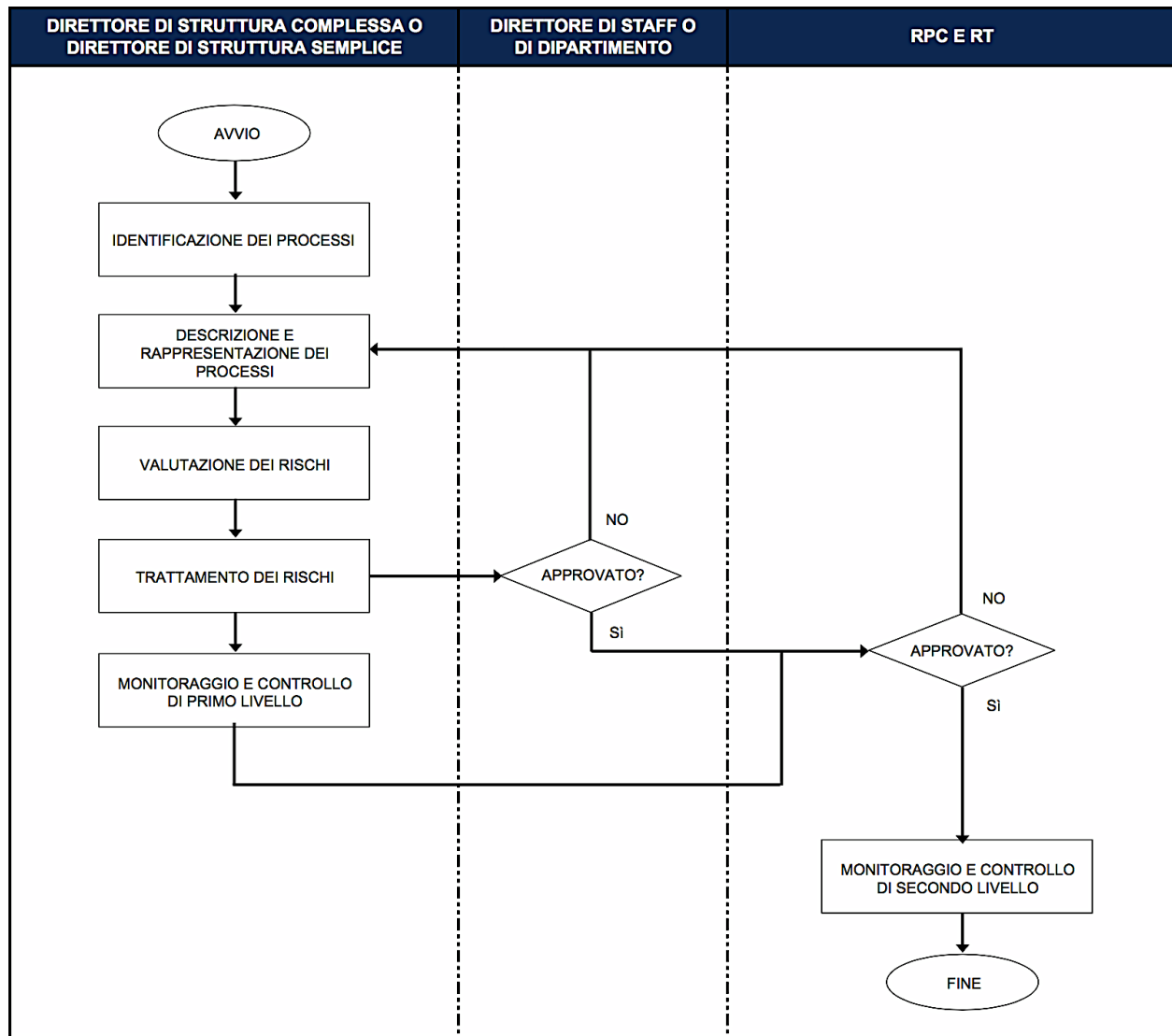
In questa fase si possono esaminare, per ciascun processo, la descrizione della misura, la descrizione delle modalità con cui verrà attuato il monitoraggio stesso al fine di incidere sui fattori abilitanti del rischio, la descrizione dei tempi di realizzazione della misura, gli indicatori di monitoraggio e i relativi valori attesi.

I Direttori di Unità Operativa effettuano il costante monitoraggio e controllo di primo livello sull'attuazione delle misure di prevenzione specifiche di loro competenza, riferendo tempestivamente, con una nota al RPC, sulle misure attuate, sulle non conformità riscontrate che non possono essere risolte in autonomia e sulle eventuali modifiche organizzative o procedurali che richiedono una revisione dell'analisi dei processi di competenza.

L'RPC, nella medesima scheda di rischio, richiede di indicare la cadenza di trasmissione degli esiti del monitoraggio all'Internal Audit, al fine di attuare il sistema di verifica/controllo di attuazione del Piano e svolgere l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio.

A livello metodologico è significativo segnalare che la valutazione media del rischio inerente, comprensiva dell'esame dei fattori abilitanti, è effettuata in maniera congiunta all'analisi del rischio residuo, in ossequio alle indicazioni metodologiche di ANAC del PNA 2019, al fine di poter individuare in maniera più dettagliata le eventuali criticità.

6. Diagramma di flusso



7. Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione

Il responsabile della diffusione della presente procedura è il RPC che la trasmette a tutti i soggetti coinvolti attraverso la pubblicazione del PTPCT/PIAO.

I destinatari hanno il compito di diffonderlo ai collaboratori delle strutture afferenti il proprio ambito di competenza.

8. Revisione

La revisione si effettua a seguito di modifiche normative. È comunque consigliabile una rivisitazione annuale della presente procedura.

9. Elenco degli allegati

- 1) Scheda gestione rischio

10. Riferimenti

- Piano Nazionale Anticorruzione 2022 approvato con delibera del Consiglio dell'Autorità n. 7 del 17 gennaio 2023 e aggiornamento 2023 al Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con delibera del Consiglio dell'Autorità n. 605 del 19 dicembre 2023.
-

Scheda gestione rischio
(allegato ad allegato 3 “Procedura per la gestione
del rischio corruzione” della sezione Anticorruzione
PIAO 2025 - 2027)

I sezione - Valutazione del rischio inerente

Processo	Fattori abilitanti/indicatori	Opzioni	Indicare un'unica opzione	Rating	Valore numerico
	Fattore abilitante - Trasparenza	Il processo non è affatto trasparente		ALTO	5
		Il processo è trasparente solo nella fase iniziale		MEDIO/ALTO	4
		Il processo è trasparente nelle fasi iniziale e finale		MEDIO	3
		Il processo è trasparente nelle fasi più salienti, anche se potrebbe essere migliorato		MEDIO/BASSO	2
		Il processo è completamente trasparente		BASSO	1
	Fattore abilitante- Responsabilità	Il processo è gestito dallo/gli stesso/i soggetto/i da più anni (es. più di cinque anni) senza ricambio di personale addetto		ALTO	5
		Il processo è gestito dallo/gli stesso/i soggetto/i da un tempo intermedio (es. da tre a cinque anni) senza ricambio di personale addetto		MEDIO/ALTO	4
		Il processo è gestito dallo/gli stesso/i soggetto/i da un tempo limitato (es. da meno di tre anni) senza ricambio di personale addetto		MEDIO	3
		Il processo è gestito dallo/gli stesso/i soggetto/i da un tempo intermedio (es. da tre a cinque anni) con ricambio di personale addetto		MEDIO/BASSO	2
		Il processo è gestito dallo/gli stesso/i soggetto/i da un tempo limitato (es. da meno di tre anni) con ricambio di personale addetto		BASSO	1
	Fattore abilitante - Responsabilizzazione interna	Tra il personale addetto al processo, nessuno è responsabilizzato sulla gestione dello stesso		ALTO	5
		Tra il personale addetto al processo, soltanto chi ha un ruolo di responsabile/referente è responsabilizzato sulla gestione dello stesso		MEDIO/ALTO	4
		Una minima parte del personale addetto al processo è responsabilizzato sulla gestione dello stesso		MEDIO	3
		Buona parte del personale addetto al processo è responsabilizzato sulla gestione dello stesso		MEDIO/BASSO	2
		Tutto il personale addetto al processo è molto responsabilizzato sulla gestione dello stesso		BASSO	1
	Fattore abilitante - Competenze del personale	Il personale addetto al processo non ha effettuato corsi di formazione specifici su aspetti concernenti la gestione del processo		ALTO	5
		Il personale addetto al processo ha effettuato corsi di formazione specifici risalenti oltre il triennio su aspetti concernenti la gestione del processo		MEDIO/ALTO	4
		Solo parte del personale addetto al processo ha effettuato corsi di formazione specifici nell'ultimo triennio su aspetti concernenti la gestione del processo		MEDIO	3
		Tutto il personale addetto al processo ha effettuato corsi di formazione specifici nell'ultimo triennio su aspetti concernenti la gestione del processo		MEDIO/BASSO	2
		Tutto il personale addetto al processo annualmente frequenta corsi di formazione specifici su aspetti concernenti la gestione del processo		BASSO	1

Fattore abilitante - Diffusione cultura della legalità	Il personale addetto al processo non ha effettuato corsi di formazione sulla prevenzione della corruzione		ALTO	5
	Il personale addetto al processo ha effettuato corsi di formazione sulla prevenzione della corruzione risalenti oltre il triennio		MEDIO/ALTO	4
	Solo parte del personale addetto al processo ha effettuato corsi di formazione sulla prevenzione della corruzione nell'ultimo triennio		MEDIO	3
	Tutto il personale addetto al processo ha effettuato corsi di formazione sulla prevenzione della corruzione nell'ultimo triennio		MEDIO/BASSO	2
	Tutto il personale addetto al processo annualmente frequenta corsi di formazione sulla prevenzione della corruzione		BASSO	1
Fattore abilitante - Attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	La Direzione Aziendale condiziona l'esito del processo		ALTO	5
	La Direzione Aziendale solo in alcuni casi condiziona l'esito del processo		MEDIO/ALTO	4
	La Direzione Aziendale non fornisce indicazioni dirette, ma si percepisce il gradimento di determinati esiti		MEDIO	3
	La Direzione Aziendale fornisce indicazioni strategiche e velatamente fa percepire l'esito atteso nella gestione del processo		MEDIO/BASSO	2
	La Direzione Aziendale fornisce indicazioni strategiche, ma non interviene nella gestione del processo		BASSO	1
Indicatore n° 1 - Discrezionalità	Il processo è totalmente discrezionale		ALTO	5
	Il processo è parzialmente vincolato per effetto di leggi, regolamenti o altri atti amministrativi		MEDIO/ALTO	4
	Il processo è mediamente vincolato per effetto di leggi, regolamenti o altri atti amministrativi		MEDIO	3
	Il processo è prevalentemente oggetto di disciplina di dettaglio da parte di leggi, regolamenti o altri atti amministrativi		MEDIO/BASSO	2
	Il processo è del tutto vincolato		BASSO	1
Indicatore n° 2 - Rilevanza economica	Il processo ha rilevanza economica diretta o indiretta molto significativa (orientativamente oltre i € 139.000)		ALTO	5
	Il processo ha rilevanza economica diretta o indiretta significativa (orientativamente oltre i € 40.000)		MEDIO/ALTO	4
	Il processo ha rilevanza economica diretta o indiretta mediamente significativa (orientativamente tra € 10.000 e € 40.000)		MEDIO	3
	Il processo ha bassa rilevanza economica diretta o indiretta (orientativamente tra € 5000 e € 10.000)		MEDIO/BASSO	2
	Il processo non ha rilevanza economica diretta o indiretta significativa		BASSO	1
Tracciabilità (con tracciabilità si intende un processo volto a tenere traccia di tutti gli elementi in ingresso che vanno a creare o modificare il processo stesso)	Il processo è totalmente non tracciabile		ALTO	5
	Il processo è parzialmente tracciabile		MEDIO/ALTO	4
	Il processo è mediamente tracciabile		MEDIO	3
	Il processo è tracciabile in via prevalente		MEDIO/BASSO	2

	Il processo è totalmente tracciabile		BASSO	1
Indicatore n° 4 - Controlli	I controlli sono inefficaci o non applicati		ALTO	5
	I controlli esistono ma sono da riprogettare o obsoleti o scarsamente efficaci		MEDIO/ALTO	4
	I controlli sono mediamente efficaci		MEDIO	3
	I controlli devono considerarsi in via prevalente efficaci		MEDIO/BASSO	2
	I controlli devono considerarsi efficaci		BASSO	1
Indicatore n° 5 - Concentrazione di potere	Il processo è gestito da un solo soggetto		ALTO	5
	Il processo è gestito da pochi soggetti		MEDIO/ALTO	4
	Il processo viene gestito con una numerosità media (3 unità) delle unità di personale coinvolte nelle diverse fasi del processo		MEDIO	3
	Il processo viene gestito con una numerosità medio alta (4 unità) delle unità di personale coinvolte nelle diverse fasi del processo		MEDIO/BASSO	2
	Il processo è gestito in tutte le fasi da più soggetti, numerosità alta (almeno 5 unità) delle unità di personale		BASSO	1
Indicatore n° 6 - Precedenti negativi (Ricorsi al TAR, precedenti penali, procedimenti disciplinari, casi di cronaca, segnalazioni di irregolarità o scarsa trasparenza da parte di utenti)	Vi sono precedenti con esito negativo per l'Azienda		ALTO	5
	Periodicamente si ripetono episodi negativi a prescindere dall'esito		MEDIO/ALTO	4
	Vi è evidenza di più di un precedente negativo, ma senza conseguenze negative per l'Azienda		MEDIO	3
	Vi è evidenza di un solo precedente negativo, ma con esito non negativo per l'Azienda		MEDIO/BASSO	2
	Non vi è evidenza di precedenti negativi		BASSO	1
Indicatore n° 7 - Livello di regolazione	Il processo non è regolamentato da procedure/protocolli/regolamenti interni		ALTO	5
	Il processo è poco regolamentato da procedure/protocolli/regolamenti interni (meno del 50% del processo)		MEDIO/ALTO	4
	Il processo è mediamente regolamentato da procedure/protocolli/regolamenti interni (circa il 50% del processo)		MEDIO	3
	Il processo è in gran parte regolamentato da procedure/protocolli/regolamenti interni		MEDIO/BASSO	2
	Il processo è in tutto regolamentato da procedure/protocolli/regolamenti interni		BASSO	1
Indicatore n° 8 - Impatto economico	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, produrrebbero impatti economici negativi di entità significativa all'Azienda		ALTO	5
	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, produrrebbero impatti economici negativi di entità rilevante all'Azienda		MEDIO/ALTO	4
	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, produrrebbero impatti economici negativi di media entità all'Azienda		MEDIO	3

	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, produrrebbero impatti economici negativi di ridotta entità all'Azienda		MEDIO/BASSO	2
	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, non produrrebbero impatti economici negativi all'Azienda		BASSO	1
Indicatore n° 9 - Impatto reputazionale	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, produrrebbero impatti reputazionali negativi di entità significativa all'Azienda (es. notizia di rilievo nazionale e diffusa su più piattaforme)		ALTO	5
	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, produrrebbero impatti reputazionali negativi di entità non modesta all'Azienda (es. notizia di rilievo regionale e diffusa su più piattaforme)		MEDIO/ALTO	4
	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, produrrebbero impatti reputazionali negativi di media entità all'Azienda (es. notizia di interesse locale)		MEDIO	3
	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, produrrebbero impatti reputazionali negativi di bassa entità all'Azienda (es. notizia circoscritta ai soli addetti ai lavori)		MEDIO/BASSO	2
	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, non produrrebbero impatti reputazionali negativi all'Azienda		BASSO	1
Indicatore n° 10 - Impatto organizzativo	verificassero, produrrebbero impatti organizzativi negativi di entità significativa all'Azienda (es. criticità nell'erogazione di alcune prestazioni, chiusura di alcuni servizi)		ALTO	5
	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, produrrebbero impatti organizzativi negativi di rilevante entità all'Azienda con ricadute sui servizi erogati dall'Azienda		MEDIO/ALTO	4
	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, produrrebbero impatti organizzativi negativi di media entità all'Azienda per un periodo prolungato		MEDIO	3
	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, produrrebbero impatti organizzativi negativi di ridotta entità all'Azienda per un breve periodo		MEDIO/BASSO	2
	I rischi correlati al processo, qualora si verificassero, non produrrebbero impatti organizzativi all'Azienda		BASSO	1
Valutazione media				
Giudizio sintetico		<i>(deve risultare automaticamente)</i>		
Condividi il giudizio sintetico emerso dalla somministrazione del questionario? Se no, esprimi la motivazione del dissenso				

Il sezione - Valutazione del rischio residuo

Processo	Indicatori		Opzioni	Indicare un'unica opzione	Valore	Rating
	Ampiezza e qualità dei controlli interni	Nelle varie indicazioni che disciplinano il processo (es. regolamenti, procedure interne, istruzioni operative), sono individuate misure di controllo relative al buon esito del processo?	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo			molto adeguato 5
			No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti			prevalentemente adeguato 4
			No, il controllo copre solo alcune fasi del processo			adeguato 3
			Si, ma il controllo è insufficiente rispetto alle fasi del processo			parzialmente adeguato 2
			No, non ci sono misure di controllo interno			non adeguato/assente 1
	Grado di automazione dei controlli interni	Qual è la tipologia di controllo?	Controllo totalmente automatico			molto adeguato 5
			Controllo prevalentemente automatico			prevalentemente adeguato 4
			Controllo automatico e manuale in pari misura			adeguato 3
			Controllo automatico in minima parte			parzialmente adeguato 2
			Controllo manuale			non adeguato/assente 1

Livello di centralizzazione dei controlli	Qual è il livello di complessità del controllo (relativo al grado di interrelazione con le altre strutture dell'ente)? Il controllo è oggettivo o prevede una valutazione da parte del control owner?	Ci sono controlli automatici e oggettivi			5	molto adeguato
		Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi			4	prevalentemente adeguato
		Ci sono controlli sporadici e discrezionali			3	adeguato
		Ci sono solo controlli occasionali			2	parzialmente adeguato
		No, non ci sono controlli			1	non adeguato/assente
Livello di attuazione dei controlli interni e centralizzati	Qual è il livello di attuazione dei controlli e da quanto tempo sono stati attuati?	Controlli sistematici e ritenuti adeguati			5	molto adeguato
		Controlli sistematici			4	prevalentemente adeguato
		Controlli attivati per la prima volta (report)			3	adeguato
		Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati			2	parzialmente adeguato
		Controlli non effettuati			1	non adeguato/assente
Valutazione media						

III sezione -Registro dei rischi

A seguito di quanto emerso in merito alla valutazione del rischio inerente e del rischio residuo del processo in oggetto e considerando la valutazione media scaturita, quale ritieni che sia un potenziale evento rischioso che potrebbe essere correlato al processo stesso?

(selezionare una sola risposta in corrispondenza della propria **AREA DI RISCHIO**)

Area di rischio	EVENTI RISCHIOSI
Acquisizione e gestione del Personale	Assenza totale o parziale dei requisiti
	Mancata rotazione del personale
	Mancata regolamentazione del processo
	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
	Altro.....
Contratti pubblici	Determina a contrarre incompleta/assenza di determina a contrarre
	Ripetuti affidamenti allo stesso fornitore; proroghe o rinnovi immotivati o non contemplati ab origine nella documentazione di gara
	Artificioso frazionamento dell'acquisto finalizzato a eludere le regole di procedura
	Nomina di soggetti con inadeguata professionalità (RUP/RP/DEC)
	Elusione del principio di rotazione degli affidamenti
	Mancate verifiche nella fase di esecuzione del contratto
	Mancata regolamentazione del processo
	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Altro.....
	Acquisizione di dichiarazioni non veritiere da parte del richiedente che aspira ad un vantaggio
	Scarsa trasparenza del processo
	Mancata regolamentazione del processo
	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Altro.....
	Acquisizione di dichiarazioni non veritiere da parte del richiedente che aspira ad un vantaggio economico
	Scarsa trasparenza del processo
	Mancata regolamentazione del processo
	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
Gestione delle entrate, delle spese/bilancio e del patrimonio	Altro.....
	Assenza o sporadicità dei controlli relativi al processo
	Mancata regolamentazione del processo
	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Altro.....
	Assenza o sporadicità dei controlli relativi al processo
	Scarsa trasparenza del processo
	Mancata regolamentazione del processo
Incarichi e nomine	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
	Altro.....
	Inosservanza delle disposizioni normo-contrattuali con particolare riferimento alla indicazione di requisiti di accesso
	Mancata regolamentazione del processo
	Mancata acquisizione di dichiarazioni di assenza cause inconfiribilità/incompatibilità/conflitto di interessi
Affari legali e contenzioso	Altro.....
	Falsa rappresentazione della realtà
	Uso improprio del potere gestionale con conseguenti vantaggi diretti o indiretti
	Scarsa trasparenza del processo
	Mancata regolamentazione del processo
	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
Attività libero professionale	Altro.....
	Assenza totale o parziale dei requisiti da parte di un professionista/struttura che richiede di svolgere l'attività
	Mancata regolamentazione del processo
	Rilascio di autorizzazione senza previa istruttoria
	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
Liste di attesa	Altro.....
	Favoritismi, gestione poco trasparente
	Mancata applicazione della procedura di gestione delle agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Rapporti contrattuali con privati accreditati	Altro.....
	Autorizzazione allo svolgimento di attività da parte del richiedente anche in assenza totale o parziale dei requisiti
	Scarsa trasparenza del processo
	Mancata regolamentazione del processo
	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
Farmaceutica,dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Altro.....
	Uso non appropriato delle risorse
	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Altro.....
	Indirizzo alla scelta di una determinata impresa funebre
	Mancata regolamentazione del processo

	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
	Altro.....
Donazioni	Accettazione di una donazione priva dei requisiti previsti dalla regolamentazione aziendale
	Mancata regolamentazione del processo
	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
	Altro.....
Sponsorizzazioni, formazione	Uso distorto di risorse pubbliche
	Mancata regolamentazione del processo
	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
	Altro.....
Altre sponsorizzazioni	Uso distorto di risorse pubbliche
	Mancata regolamentazione del processo
	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
	Altro.....

IV sezione - Scheda di rischio

	Tipologia di misure (introdotte obbligatoriamente dai fattori abilitanti indicati tra parentesi per i quali il punteggio sia M/MA/A)	Indicare la/e misura/e prescelta/e tra quelle introdotte	Descrivi con accuratezza in cosa consiste la misura	Descrivi le fasi (e/o modalità) con cui verrà attuata al fine di incidere sui fattori abilitanti del rischio	Descrivi i tempi di realizzazione della misura	Indicare il/i Responsabile/i di attuazione della misura	Indicatori di monitoraggio (scegliere una o più opzioni)	Valori attesi	Trasmissione ad Internal Audit degli esiti del monitoraggio	
Alla luce del rischio emerso, quale misura di prevenzione della corruzione dovrà essere attuata?	Misura di controllo (fattori abilitanti Responsabilità e Attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione)						Ispezioni con verbalizzazioni	Numero ispezioni (indicare)	Indicare se: a cadenza trimestrale/semestrale/annuale (una sola opzione)	
							Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione e inerente il processo	Numero controlli (indicare)		
							Pubblicazione documento finale	Numero pubblicazioni (indicare)		
							Diffusione documento finale	Numero diffusioni (indicare)		
	Misura di trasparenza (fattore abilitante Trasparenza)							Convegni, riunioni o altre iniziative simili per diffondere gli esiti del processo		Numero convegni, riunioni o altro (indicare)
	Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento (fattore abilitante Diffusione cultura della legalità)							Incontri effettuati in materia		Numero incontri (indicare)
	Misura di regolamentazione (fattore abilitante Trasparenza, Competenze del personale, Distinzione tra politica e amministrazione e Responsabilità)							Verifica adozione di un Regolamento		Numero Regolamenti da adottare (indicare)
								Verifica adozione di una procedura		Numero procedure da adottare (indicare)
								Verifica aggiornamento di un Regolamento		Numero Regolamenti da revisionare (indicare)
								Verifica aggiornamento di una procedura		Numero procedure da revisionare (indicare)

Misura di semplificazione (fattore abilitante Competenze del personale e Responsabilizzazione interna)						meno di documentazioni e che semplifichino i processi	Numero documenti da formalizzare (indicare)
						Adozione di disposizioni che sistematizzino i processi	Numero disposizioni da impartire (indicare)
Misura di formazione (fattore abilitante Competenze del personale, Diffusione cultura della legalità, Responsabilizzazione interna)						Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	Numero partecipanti ai corsi (indicare)
						Risultanze sulle verifiche di apprendimento	Numero risultanze (indicare)
Misura di sensibilizzazione e partecipazione (fattore abilitante Diffusione cultura della legalità)						Previsione di iniziative di sensibilizzazione	Numero di iniziative di sensibilizzazione da svolgere (indicare)
						Previsione di iniziative di partecipazione	Numero di iniziative di partecipazione da svolgere (indicare)
Misura di rotazione (fattore abilitante Responsabilità e Responsabilizzazione interna)						Numero di incarichi ruotati sul numero di incarichi totali	Numero di incarichi da ruotare (indicare)
						Numero di pratiche ruotate su pratiche totali	Numero di pratiche da ruotare (indicare)
Misura di segnalazione e protezione (fattore abilitante Trasparenza e Diffusione cultura della legalità)						Presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti	Numero di azioni previste (indicare)
Misura di disciplina del conflitto di interessi (fattore abilitante Responsabilità e Responsabilizzazione interna)						Presenza di specifiche previsioni su casi di conflitto di interessi tipici della struttura	Numero di previsioni specifiche sul conflitto di interessi (indicare)

	Misura di regolazione dei rapporti con i "rappresentan ti di interessi particolari" (fattore abilitante Trasparenza, Distinzione tra politica e amministrazion e)						Presenza o meno di discipline volte a regolare il confronto con le lobbies e strumenti di controllo	Numero di discipline previste (<i>indicare</i>)	
--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

**Allegato 4 – Mappatura 60
processi anno 2022 - sezione
Anticorruzione PIAO 2025-2027**

MACRO STRUTTURA	STRUTTURA	IDENTIFICAZIONE PROCESSO	RESPONSABILE DEL PROCESSO	AREA A RISCHIO
Dipartimento Affari Generali	(Unita' Operativa Complessa Programmazione Forniture ed esecuzione contratti - Aziendale) - UOC Programmazione e gestione forniture beni e servizi - rapporti con ESTAR	Affidamento di servizi e forniture a cooperative sociali o consorzi di tipo B per l'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati per importi inferiori alla soglia comunitaria.	Matteo Billi	contratti pubblici
Dipartimento Affari Generali	Programmazione Forniture	processo di programmazione dei servizi e forniture aziendali	Billi Matteo	Affidamento di lavori, servizi e forniture
Dipartimento Affari Generali	Uoc Acquisizione diretta forniture beni e servizi	Acquisti in economia in forma semplificata in regime di urgenza per beni e servizi dal valore non superiore ad Euro 5.000,00 IVA esclusa	Ghezzi Andrea	contratti pubblici
Dipartimento Affari Generali	Uoc Acquisizione diretta forniture beni e servizi	Acquisizione beni entro la soglia di cui all'art. 36 del D.lgs. 50/2016	Ghezzi Andrea - Saveri Maria Ester	contratti pubblici
Dipartimento Affari Generali	UOC ACQUISIZIONE DIRETTA FORNITURE BENI E SERVIZI	acquisti residuali non contrattualizzati effettuati dalla AUSL TSE	GHEZZI ANDREA	Affidamento di lavori, servizi e forniture
Dipartimento Affari Generali	Uoc Programmazione e gestione forniture beni e servizi - rapporti con ESTAR	Affidamento di servizi e forniture - adesione ed esecuzione di contratti quadro stipulati da ESTAR	Dott. Matteo Billi	contratti pubblici
Dipartimento Affari Generali	UOC Strutture Sanitarie Pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Stipula Accordi contrattuali con Strutture Private Accreditate	Elisabetta Lucaroni	Rapporti con soggetti erogatori
Dipartimento Cardio Toraco Neuro Vascolare	Uosd Cardiologia - PO Alta Valdelsa	Aggiornamento individuale sponsorizzato	D'Arpino Antonio	Altro
Dipartimento Cardio Toraco Neuro Vascolare	Uosd Cardiologia - PO Alta Valdelsa	Gestione Decesso Paziente in reparto	Antonio D'Arpino, Marco Capezzuoli, Antonella Florian, Luca Francardelli, Mara Lucidi, Manuela Romei, Maria Chiara Scali, Gianni Scopelliti, Valerio Zacà	attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero
Dipartimento Cardio Toraco Neuro Vascolare	Uosd Cardiologia - PO Alta Valdelsa	Prenotazione agende autogestite	Dott. Marco Capezzuoli Dott. Antonio D'Arpino Dott.ssa Antonella Florian Dott. Luca Francardelli Dott.ssa Mara Lucidi Dott.ssa Maria Chiara Scali Dott. Valerio Zacà Dott.ssa Manuela Romei Dott. Gianni Scopelliti	liste di attesa
Dipartimento Cardio Toraco Neuro Vascolare	Uosd Cardiologia - SO Cortona	Forniture e servizi: ricevimento Informatori Farmaceutici	BOLOGNESE LEONARDO	Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
Dipartimento Cardio Toraco Neuro Vascolare	UOSD Cardiologia - SO Massa Marittima	verifiche sulla libera professione istituzionale	D'Aprile Nicola	controlli, verifiche, ispezioni, sanzioni
Dipartimento Chirurgia generale e d'urgenza	DMPO Area Grossetana, Colline Metallifere ed Amiata Grossetana - AOP Degenze Chirurgiche Grosseto	Gestione del servizio outsourcing: attivazione pulizie fuori capitolato.	Tonelli Corrado	contratti pubblici
Dipartimento del farmaco	UOC Politiche del farmaco	Valutazione/acquisto farmaci non contrattualizzati	Fabio Lena	Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
Dipartimento Delle Professioni Infermieristiche E Ostetriche	Uoc Direzione Infermieristica - Zona-Distretto Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana	Gestione liste prenotazione centri Hub vaccinali.	Tania Barbi	liste di attesa
Dipartimento Delle Professioni Infermieristiche E Ostetriche	Uoc Direzione Infermieristica - Zona-Distretto e PO Valdarno	Gestione dell'inserimento in lista di attesa dei pazienti candidati all'intervento chirurgico	Agostinelli	liste di attesa
Dipartimento Delle Professioni Tecnico Sanitarie E Della Riabilitazione E Della Prevenzione	Uoc Professioni Sanitarie della Prevenzione setting Ambienti di lavoro	Processo di autorizzazione delle docenze tecnico sanitarie in convenzione con USL	Cardelli Daniela	Altro
Dipartimento Delle Professioni Tecnico Sanitarie E Della Riabilitazione E Della Prevenzione	Uoc Professioni Tecnico Sanitarie setting della Diagnostica di Laboratorio, Patologia Clinica e Medicina Trasfusionale	Autorizzazione e monitoraggio ore Straordinario personale sanitario Tecnico di Laboratorio	Daniela Cardelli	controlli, verifiche, ispezioni, sanzioni

Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Uoc Direzione amministrativa - Zona-Distretto Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana	Assistenza sanitaria all'estero in forma INDIRETTA (rimborso spese sostenute)	Pessina Daniela	
Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Uoc Direzione amministrativa - Zona-Distretto e PO Alta Valdelsa	Attività di esecuzione di contratto in materia socio sanitaria (settori di attività con prestazioni socio sanitarie integrate Minori, Salute mentale, disabili, anziani)	Luatti Giampiero	contratti pubblici
Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Uoc Direzione amministrativa - Zona-Distretto e PO Amiata Senese, Vald'Orcia e Valdichiana Senese	Gestione Cassa economale per acquisti residuali e rimborsi ai dipendenti mediante utilizzo di contanti	Giampiero Luatti	gestione dell'entrate, delle spese e del patrimonio
Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	UOC Gestioni Economiche e Finanziarie – Aziendale	Flusso Passivo	Gianluca Guadagnolo ¹ , Simonetta Donati ¹ , Gabriella Turchi	gestione dell'entrate, delle spese e del patrimonio
Dipartimento Risorse Umane	Libera professione	Stipula di convenzioni con altre Aziende Sanitarie per attività Aziendale a pagamento richiesta dalle stesse Aziende Sanitarie	Daneloni Marco Sabrina Foderi	Attività libero professionale
Dipartimento Risorse Umane	Libera professione	Controlli su incassi ALPI e altri controlli	Daneloni Marco Foderi Sabrina	Attività libero professionale
Dipartimento Risorse Umane	Libera professione	Fatturazione prestazioni libero professionali e versamento dei relativi incassi	Daneloni Marco Foderi Sabrina	Attività libero professionale
Dipartimento Risorse Umane	Libera professione	Prenotazioni visite intramurali	Daneloni Marco Foderi Sabrina	Attività libero professionale
Dipartimento Risorse Umane	Libera professione	Autorizzazione dirigenti medici alla LP	Marco Daneloni Sabrina Foderi	Attività libero professionale
Dipartimento Risorse Umane	UOC Gestione economica del personale dipendente	incarichi e nomine	Santucci Dina	incarichi e nomine
Dipartimento Risorse Umane	UOC Gestione Giuridica del personale dipendente e Convenzioni Uniche	Pubblicazione turni specialistica ambulatoriale	Gaggi Gabriella	incarichi e nomine
Dipartimento Risorse Umane	Uoc Gestione giuridica del personale dipendente e Convenzioni Uniche	Autorizzazioni attività/incarichi extra istituzionali.	Troisi Ignazio	acquisizione e gestione del personale
Dipartimento Risorse Umane	Uoc Gestione giuridica del personale dipendente e Convenzioni Uniche	Liquidazione premi di operosità specialisti e professionisti ambulatoriali	Troisi Ignazio	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè sovvenzioni, contributi, sussidi)
Dipartimento Risorse Umane	Uoc Programmazione, reclutamento e relazioni sindacali	Assegnazione temporanea dei lavoratori dipendenti alle amministrazioni pubbliche	Rosini Dario	acquisizione e gestione del personale
Dipartimento Risorse Umane	Uoc Programmazione, reclutamento e relazioni sindacali	Verifica professionale dei Collegi Tecnici	Rosini Dario	incarichi e nomine
Dipartimento Risorse Umane	Uoc Programmazione, reclutamento e relazioni sindacali	Reclutamento a tempo indeterminato e determinato da graduatoria concorsuale o selettiva Estar	Rosini Dario	acquisizione e gestione del personale
Dipartimento Risorse Umane	Uoc Programmazione, reclutamento e relazioni sindacali	Mobilità volontaria esterna	Dario Rosini	acquisizione e gestione del personale
Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	lavori importo inferiore Euro 40.000,00	Valeri Antonella	contratti pubblici
Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	lavori affidati senza emissione di bando o avviso	Valeri Antonella	contratti pubblici
Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	Incarichi professionali di ingegneria, architettura e attinenti il patrimonio immobiliare importo inferiore a 40.000€	Valeri Antonella	contratti pubblici
Dipartimento Tecnico	Manutenzioni e Lavori Pubblici - Area Aziendale	Lavori sopra soglia comunitaria	Fratì Alessandro, Cané Fabio, Antonelli Riccardo	contratti pubblici
Dipartimento Tecnico	Manutenzioni e Lavori Pubblici - Area Aziendale	Incarichi professionali di ingegneria, architettura importo compreso tra 40.000€ e 100.000€	Fratì Alessandro, Cané Fabio, Antonelli Riccardo	contratti pubblici
Dipartimento Tecnico	Manutenzioni e Lavori Pubblici - Area Aziendale	Incarichi professionali di ingegneria, architettura importo maggiore di 100.000€	Fratì Alessandro, Cané Fabio, Antonelli Riccardo	contratti pubblici
Dipartimento Tecnico	Patrimonio	Alienazione beni immobili	Antonella SeccoMauro Rotellini	gestione entrate, spese, patrimonio
Staff Direzione Aziendale	Uoc Avvocatura	Esecuzione provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria di liquidazione del compenso ai CC.TT.UU.	Rossi Silvia	Affari Legali e contenzioso
Staff Direzione Aziendale	Uoc Avvocatura	Esecuzione accordi di transattivi e/o di conciliazione nell'ambito dei contenziosi giurisdizionali implicanti il pagamento di somme da parte dell'Azienda in conformità a quanto indicato nelle rispettive pattuizioni.	Rossi Silvia	Affari Legali e contenzioso
Staff Direzione Aziendale	Uoc Contenzioso stragiudiziale	Istruttoria delle richieste di risarcimento danni in conformità alla relativa procedura aziendale	Bibolotti Giovanni	Affari Legali e contenzioso

Staff Direzione Aziendale	Uoc Contenzioso stragiudiziale	Esecuzione accordi di conciliazione, conclusi nell'ambito dei procedimenti di mediazione, in conformità alle pattuizioni indicate negli atti autorizzativi aziendali e nei verbali sottoscritti tra le parti al termine del procedimento	Bibolotti Giovanni	Affari Legali e contenzioso
Staff Direzione Aziendale	Uoc Contenzioso stragiudiziale	Istruttoria, per quanto di competenza della Struttura, delle istanze presentate all'Azienda perché la stessa accetti la stipula di convenzioni di negoziazione assistita, quale forma alternativa di risoluzione di determinate controversie	Bibolotti Giovanni	Affari Legali e contenzioso
Staff Direzione Aziendale	Uoc Contenzioso stragiudiziale	Gestione dei sinistri rientranti in copertura assicurativa nel rispetto degli obblighi contrattuali di cui alle Polizze al tempo sottoscritte dall'Amministrazione	Bibolotti Giovanni	Affari Legali e contenzioso
Staff Direzione Aziendale	UOC Formazione e Rapporti con l'Università	Processo reclutamento docenti per Università degli Studi di Siena e per Corsi OSS	Bovenga Sergio Massi Michele	Incarichi e nomine
Staff Direzione Aziendale	UOC Formazione e rapporti con l'Università	Conferimento Borse di Studio	Bovenga Sergio Massi Michele	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè sovvenzioni, contributi, sussidi)
Staff Direzione Aziendale	UOSD Governo percorsi amministrativi della formazione	Sponsorizzazione di eventi formativi aziendali	Sergio Bovenga	Altro
Staff Direzione Aziendale	UOSD Governo percorsi amministrativi della formazione	Rilevazione e prevenzione del conflitto di interessi nella Formazione.	Stefania Polvani	controlli, verifiche, ispezioni, sanzioni
Staff Direzione Sanitaria	UOC Governo appropriatezza delle risposte sanitarie e tempi di attesa	Suddivisione per classi di priorità delle agende di prenotazione di prestazioni sanitarie	Autieri Gianfranco	liste di attesa
Staff Direzione Sanitaria	Uoc Medicina Legale e gestione della responsabilità sanitaria - Area provinciale Grossetana	Commissioni patenti	ROSSANO SANTORI	Altro
Staff Direzione Sanitaria	Uoc Medicina Legale e gestione della responsabilità sanitaria - Area provinciale Senese	Accertamento collegiale disabilità.	Giovanni Mandriani	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni)
Zona-Distretto Amiata Grossetana, Grossetana, Colline Metallifere	UF Assistenza Sociale - Zona-Distretto Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana	inserimento in RSA di persone anziane non autosufficienti	ufas maria maddalena ronchi uf cure primarie manola pisani / pierangela domenici direttore di zona distretto /sds	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni)
Zona-Distretto Amiata Grossetana, Grossetana, Colline Metallifere	UF Assistenza Sociale - Zona-Distretto Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana	ATTIVITA DI VIGILANZA E CONTROLLO IN COMMISSIONE AZIENDALE DI VIGILANZA E CONTROLLO STRUTTURE	Maria Maddalena Ronchi	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Zona-Distretto Aretina, Casentino, Valtiberina	UF Cure Primarie - Zona-Distretto Aretina, Casentino, Valtiberina	Attivazione assistenza domiciliare integrata (ADI)	Mandolesi Fabiola	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni)
Zona-Distretto Valdarno	Assistenza Sociale Zona-Distretto Valdarno	Percorso socio-sanitario e amministrativo per l'erogazione del contributo economico per l'assunzione di un assistente personale finalizzato all'attuazione della vita indipendente	Lorella Scirghi	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè sovvenzioni, contributi, sussidi)
Zona-Distretto Valdarno	UF DIPENDENZE -Zona-Distretto Valdarno	DEFINIZIONE PROGETTO TERAPEUTICO/RIABILITATIVI ALTERNATIVI AL CARCERE AI SENSI ART.94 DPR 309/90	DONATELLA BONECHI	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario (cioè autorizzazioni o concessioni)

Allegato 5 – Mappatura 49 processi anno 2023 - sezione anticorruzione PIAO 2025 - 2027

MACRO STRUTTURA	STRUTTURA (UOC UOSD UF)	IDENTIFICAZIONE PROCESSO	Area di rischio	RESPONSABILE DEL PROCESSO	Valutazione del rischio inerente	Ampiezza e qualità dei controlli interni Nelle varie indicazioni che disciplinano il processo (es. regolamenti, procedure interne, istruzioni operative), sono individuate misure di controllo relative al buon esito del processo?	Grado di automazione dei controlli interni Qual è la tipologia di controllo?	Livello di centralizzazione dei controlli Quali è il livello di complessità del controllo (relativo al grado di interrelazione con le altre strutture dell'ente)? Il controllo è oggettivo o prevede una valutazione da parte del control owner?	Livello di attuazione dei controlli interni e centralizzati Quali è il livello di attuazione dei controlli e da quanto tempo sono stati attuati?	Idoneità dei controlli per valutazione rischio residuo	Misure individuate	Descrivi con accuratezza in cosa consiste la misura	Descrivi le fasi (e/o modalità) con cui verrà attuata al fine di incidere sui fattori abilitanti del rischio	Descrivi i tempi di realizzazione e della misura	Indicatori di monitoraggio	Target Valore atteso	Trasmissione ad Internal Audit degli esiti del monitoraggio
Dipartimento Affari Generali	Uoc Acquisizione diretta forniture beni e servizi	Forniture beni e servizi di importo inferiore a € 40.000	Contratti Pubblici	Falco Nicola e Saveri Maria Ester	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	MOLTO ADEGUATO	Misura di disciplina del conflitto di interessi	Utilizzo del modello di dichiarazione di insussistenza del conflitto di interessi allegato alla delibera annuale di approvazione del piano triennale PTPC	Compilazione puntuale del modello di dichiarazione di insussistenza del conflitto di interessi per ogni procedura di acquisizione di beni e di servizi di importo superiore a 1.000,00 euro	Anno 2023	Numero modelli dichiarazione insussistenza conflitti di interessi compilati su numero procedure di gara effettuate	100	Annuale
Dipartimento Affari Generali	Uoc Programmazione e gestione forniture beni e servizi - rapporti con ESTAR	Forniture beni e servizi di importo superiore a € 40.000	Contratti pubblici	BILLI MATTEO	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico in minima parte	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di regolamentazione	Procedura di codificazione e coordinamento delle singole fasi del processo di adesione	Rilevazione delle fasi che compongono il processo di adesione, codifica delle attività connesse e individuazione dei soggetti responsabili delle stesse	Entro l'anno 2023	Verifica adozione di una procedura	1	Semestrale
											Misura di disciplina del conflitto di interessi	Dichiarazioni di assenza del conflitto di interesse a firma del responsabile del procedimento di adesione	Acquisizione delle dichiarazioni di assenza del conflitto di interesse firmate dal Responsabile del procedimento e indicazione dell'esito nell'atto deliberativo di adesione	Inizio anno 2023	Verifiche a campione delle dichiarazioni rilasciate	2	Semestrale
Dipartimento Del Farmaco	Uoc Farmaceutica Territoriale - Area provinciale Grossetana	Ricezione, controllo e liquidazione delle Distinte Riempigative Contabili (DCR) emesse dalle farmacie convenzionate	Farmaceutica,dispositivi e altre tecnologie:ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Dr.ssa Barbara Meini Direttore UOC Farmaceutica Territoriale Grosseto	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	MOLTO ADEGUATO	Misura di trasparenza	Trasmissione formale esito controllo tra diversi soggetti dedicati a ciascuna fase del processo	Verifica, Conferma e validazione del controllo contabile effettuato dalla ditta incaricata alla lettura ottica delle ricette di competenza della Struttura. Trasmissione formale degli esiti e decisioni e valorizzazione addebiti relativi alle ricette sottoposte a riunione Commissione farmaceutica aziendale risultate da annullare.	Nell'esercizio 2023 verrà redatta modulistica aggiornata	aggiornamento istruzioni operative e modulistica	1	Annuale
Dipartimento Del Farmaco	Uoc Farmaceutica Territoriale - Area provinciale Aretina	Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali	Farmaceutica,dispositivi e altre tecnologie:ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Roghi Alessandra	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	MOLTO ADEGUATO	Misura di trasparenza	Realizzazione di un documento in cui si elencano le farmacie aventi diritto verificato e validato	Compilazione di specifico format condiviso con tutte le informazioni necessarie alla classificazione	sei mesi	effettuazione di un convegno	1	Annuale
Dipartimento Del Farmaco	Uoc Politiche Del Farmaco	Sperimentazioni Cliniche (Profit e No Profit)	Farmaceutica,dispositivi e altre tecnologie:ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Lena Fabio	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo totalmente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	MOLTO ADEGUATO	Misura di trasparenza	- Rotazione del personale nelle varie attività, - aggiornamento periodico delle procedure operative e modulistica.	- nell'analisi dell'impatto aziendale dello studio, acquisizione della documentazione ai fini della rendicontazione contabile periodica dello studio (richiesta emissione fatture all'UOC GEF, verifica dell'accertamento dell'incasso delle fatture emesse, etc.), - acquisizione della documentazione tramite le strutture aziendali competenti comprovante l'attività del personale dedicato allo studio ai fini dell'eventuale riconoscimento economico agli aventi diritto, - rendicontazione periodica dei fondi specifici in collaborazione e coordinamento UOC GEF	esercizio nell'anno 2023	riunioni per approfondimento e aggiornamento procedure e modulistica	1	Annuale
Dipartimento Del Farmaco	Dipartimento Del Farmaco	Vigilanza sulle Farmacie, Depositi di medicinali e gas medicali, Parafarmacie	Farmaceutica,dispositivi e altre tecnologie:ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Fabio Lena	MEDIO/ BASSO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di trasparenza	Aggiornamento modelli di verbalizzazione ed istruzioni operative	Nessuna	A seguito delle variazioni normative	Diffusione documento finale	1	Annuale
Dipartimento del territorio, della fragilità e delle dipendenze	Dipartimento del territorio, della fragilità e delle dipendenze	Gestione del decesso del paziente nel territorio	Attività conseguenti il decesso in ambito intraospedaliero	Anna Beltrano	ALTO	Sì, ma il controllo è insufficiente rispetto alle fasi del processo	Controllo automatico in minima parte	Ci sono solo controlli occasionali	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	PARZIALMENTE ADEGUATO	Misura di regolamentazione	approvazione di uno specifico regolamento	individuazione gruppo di lavoro e stesura regolamento	primo semestre 2023	Verifica adozione di un Regolamento	1	Annuale
Dipartimento Di Prevenzione	Ad Igiene Pubblica E Nutrizione	Rilascio di certificazioni/autorizzazioni in attività effettuate dal Dipartimento di Prevenzione in tema di igiene pubblica	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Responsabile Area Dipartimentale Igiene pubblica e nutrizione Giorgio Briganti (FF)	MEDIO/ ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo automatico in minima parte	Ci sono controlli sporadici e discrezionali	Controlli sistematici	ADEGUATO	Misura di controllo	Controllo della conformità a norme, regolamenti, procedure e istruzioni operative delle pratiche relative al processo in oggetto	Annualmente i Direttori delle Unità Operative Complesse, per il personale dirigente, e i Direttori delle Unità Operative Professionali del TdP in ambito Igiene Pubblica , per il personale del comparto, il cui personale eroga prestazioni all'interno delle UF IPN controllano a campione almeno 5 pratiche inerenti il processo oggetto del presente monitoraggio, stilando un verbale riepilogativo indirizzato al Direttore del Dipartimento e segnalando le eventuali non conformità rilevate.	entro il 31 dicembre di ogni anno (dal 2023)	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	5	Annuale
											Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	diffusione ai dipendenti dei codici etico e di comportamento	All'interno delle riunioni delle Unità Funzionali SPVSA e di UOP TdP in ambito Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare e Sicurezza Alimentare verranno illustrati dal Responsabile di Unità Funzionale e dal Direttore della UOP TdP in ambito Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare a tutti i dipendenti ad essi assegnati gli aspetti principali del Codice etico e codice di comportamento	entro il primo semestre di ogni anno	Incontri effettuati in materia	1	Annuale

											Misura di disciplina del conflitto di interessi	Diffusione tra i dipendenti di conoscenze relative alla corretta gestione del conflitto di interesse	All'interno delle riunioni delle Unità Funzionali SPVSA e di UOP TdP in ambito Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare verranno illustrati dal Responsabile di Unità Funzionale e dal Direttore della UOP TdP in ambito Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare a tutti i dipendenti ad essi assegnati gli aspetti principali del PTPCT ed in particolare le modalità di gestione al livello aziendale del conflitto di interesse	entro il primo semestre di ogni anno	incontri formalizzati sul tema della gestione del conflitto di interesse	1	Annuale
Dipartimento Di Prevenzione	Ad Sanita Pubblica Veterinaria E Sicurezza Alimentare	Rilascio di certificazioni/autorizzazioni in attività effettuate dal Dipartimento di Prevenzione in tema di sicurezza alimentare	Controlli,verifiche,ipse zioni e sanzioni	Giorgio Briganti	MEDIO/ ALTO	Si, ma il controllo è insufficiente rispetto alle fasi del processo	Controllo automatico in minima parte	Ci sono controlli sporadici e discrezionali	Controlli sistematici	ADEGUATO	Misura di controllo	Controllo della conformità a norme, regolamenti, procedure e istruzioni operative delle pratiche relative al processo in oggetto	Annualmente i Direttori delle Unità Operative Complesse, per il personale dirigente, e i Direttori delle Unità Operative Professionali del TdP in ambito Igiene Pubblica , per il personale del comparto, il cui personale eroga prestazioni all'interno delle UF IPN controllano a campione almeno 5 pratiche inerenti il processo oggetto del presente monitoraggio, stilando un verbale riepilogativo indirizzato al Direttore del Dipartimento e segnalando le eventuali non conformità rilevate.	entro il 31 dicembre di ogni anno (dal 2023)	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	5	Annuale
											Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	diffusione ai dipendenti dei codici etico e di comportamento	All'interno delle riunioni delle Unità Funzionali SPVSA e di UOP TdP in ambito Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare verranno illustrati dal Responsabile di Unità Funzionale e dal Direttore della UOP TdP in ambito Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare a tutti i dipendenti ad essi assegnati gli aspetti principali del Codice etico e codice di comportamento	entro il primo semestre di ogni anno	Incontri effettuati in materia	1	Annuale
											Misura di disciplina del conflitto di interessi	Diffusione tra i dipendenti di conoscenze relative alla corretta gestione del conflitto di interesse	All'interno delle riunioni delle Unità Funzionali SPVSA e di UOP TdP in ambito Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare verranno illustrati dal Responsabile di Unità Funzionale e dal Direttore della UOP TdP in ambito Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare a tutti i dipendenti ad essi assegnati gli aspetti principali del PTPCT ed in particolare le modalità di gestione al livello aziendale del conflitto di interesse	entro il primo semestre di ogni anno	incontri formalizzati sul tema della gestione del conflitto di interesse	1	Annuale
Dipartimento Di Prevenzione	Uoc Prevenzione e sicurezza negli ambienti confinati	Verifiche ed omologazioni di impianti, macchine ed attrezzature	Controlli,verifiche,ipse zioni e sanzioni	GIOMMONI GIORGIO	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di controllo	controlli a campione da parte del responsabile Audit di Qualità	controllo della pratica	1 giorno	Ispezioni con verbalizzazioni	1	Annuale
															Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	2	Annuale
											Misura di formazione	un corso agli operatori	spiegazione di tutte le fasi	un anno	Risultanze sulle verifiche di apprendimento]	1	Annuale
Dipartimento Di Prevenzione	Ad Prevenzione Igiene E Sicurezza Nei Luoghi Di Lavoro	Vigilanza luoghi di lavoro (unità locali, cantieri edili)	Controlli,verifiche,ipse zioni e sanzioni	Briganti Giorgio	MEDIO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	MOLTO ADEGUATO	Misura di sensibilizzazione e partecipazione	Miglioramento della corretta comunicazione dell'importanza dell'anticorruzione e divulgazione a tutti i soggetti del Settore	Incontri periodici a livello di Unità Funzionale ed Unità Operativa dei TdP con tutti i soggetti interessati	Almeno una riunione all'anno	Previsione di iniziative di sensibilizzazione	1	Annuale
															Previsione di iniziative di partecipazione	1	Annuale
Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Concessione contributi per malattie rare, contributi per cure climatiche per disabili, assegno di cura per la SLA	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	VERZICHELLI ANGELA	MEDIO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di rotazione	Si propone di fare alternare due o più operatori per la parte amministrativa del processi oggetto della mappatura, con cadenza periodica (semestrale)	- individuazione di due o più operatori - formazione specifica su aspetti concernenti la gestione del processo e sulla prevenzione della corruzione	entro l'anno 2023	Numero di pratiche ruotate su pratiche totali	4	Annuale
Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Concessione contributi per modifica strumenti di guida per disabili	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Dr.ssa Angela Verzicelli	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	No, non ci sono controlli	Controlli non effettuati	PARZIALMENTE ADEGUATO	Misura di regolamentazione	manca un regolamento a livello aziendale	Regolamento aziendale che definisca puntualmente le modalità operative per tutta l'Azienda	2 mesi	Verifica adozione di un Regolamento	1	Annuale
Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Concessione contributi per parrucche	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	VERZICHELLI ANGELA	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di regolamentazione	predisporre una procedura per l'area dipartimentale per meglio definire le modalità di gestione, controllo e liquidazione dei contributi per l'acquisto di parrucche da parte degli aventi diritto	fase 1) costituire un gruppo di lavoro fase 2) condividere documenti ed informazioni utili tra gli operatori interessati al processo fase 3) predisporre incontri in modalità webex fase 4) predisporre, deliberare e adottare la procedura di cui trattasi	entro dicembre 2023	Verifica adozione di una procedura	1	Semestrale
											Misura di formazione	far formare a rotazione tutti gli operatori che lavorano al presente processo	1) Inserire corsi a hoc nel piano di formazione aziendale annuale 2) predisporre le date per corsi di formazione obbligatoria	dicembre 2024	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	10	Annuale
Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Gestione dei contratti di appalto di servizi socio sanitari	Contratti pubblici	VERZICHELLI ANGELA	MEDIO/ ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	ADEGUATO	Misura di regolamentazione	Adozione di regolamento disciplinante la gestione del processo formalizzando le buone pratiche già in uso	Predisposizione bozza regolamento Condivisione co strutture competenti Adozione del regolamento Diffusione del regolamento	Un anno	Verifica adozione di un Regolamento	1	Annuale

Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi (parte amministrativa)	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Angela Verzichelli	MEDIO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	ADEGUATO	Misura di regolamentazione	Predisposizione, all'interno dei regolamenti dei servizi socio assistenziali, di specifiche riguardanti le modalità di valutazione dei risultati dei processi di inserimento avviati	Modifica dei regolamenti socio assistenziali	12 mesi	Verifica aggiornamento di una procedura	1	Annuale
Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Inserimenti utenti SERD in Strutture comunità residenziali e semi-residenziali (parte amministrativa)	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	dr.ssa Marisa Vannocchi	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di controllo	Verifica a campione ogni trimestre per un utente inserito in comunità terapeutica che sia stato rispettato l'iter disciplinato dal regolamento del settore.	a campione estrarre un utente inserito in una comunità terapeutica e controllare che la compilazione dell'istanza da parte del casa manger e del responsabile U.F. del Serd sia conforme alle indicazioni del regolamento e sia stata trasmessa al Direttore del Distretto prima dell'ingresso dell'utente nella comunità. comunicazione ai settori operativi competenti distrettuali per attivare le fasi del controllo a campione. Attivazione del controllo a campione. Rendicontazione dei controlli esperiti. Valutazione delle criticità. Azioni correttive conseguenti.	Controllo trimestrale con l'attivazione di un verbale.	Ispezioni con verbalizzazioni	4	Trimestriale
															Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	4	Trimestriale
															ritorno degli esiti del controllo con comunicazione del DZD e responsabile serd dell'esito del controllo	4	Trimestriale
Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Quota Sanitaria RSA/RSD	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Dott.ssa Angela Verzichelli	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	MOLTO ADEGUATO	Misura di regolamentazione	adozione procedura per il controllo e liquidazione fatture quote sanitarie RRSSAA e RRSSDD	costituire gruppo di lavoro con componenti delle diverse UOC Direzione Amm.va di zona distretto con l'obiettivo di redigere una procedura trasparente alivello aziendale	1 anno	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Rimborsi per trapianti fuori Regione	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Riccardo Marsili	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli attivati per la prima volta (report)	ADEGUATO	Misura di formazione	In particolare formare i soggetti interni individuati a seguito di cambio dello specifico incarico.	Declinare le fasi e le procedure previste dalla normativa applicabile, nonché da circolari regionali o aziendali applicative. Condivisione dei prestatampati da fornire all'utenza. Casi di coinvolgimento del CROAT e modalità per contattarlo. Quantificazione delle somme da erogare.	Max 12 ore	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	2 per ogni struttura aziendale competente	Trimestriale
															Risultanze sulle verifiche di apprendimento	4	Trimestriale
Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Uoc Direzione amministrativa - Zona-distretto Aretna, Casentino, Valtiberina	Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale /Contributi per rette eterofamiliari per utenti della UF Salute Mentale (parte amministrativa)	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	MARISA VANNOCCCHI	MEDIO/ALTO	No, il controllo copre alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo manuale	Ci sono solo controlli occasionali	Controlli sistematici	ADEGUATO	Misura di regolamentazione	La Delibera del Dott.Desideri n. N° 152 DEL 07/02/2019 " APPROVAZIONE SCHEMI DI CONVENZIONE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E SOGGETTI OSPITANTI PER INSERIMENTI LAVORATIVI SOCIO ASSISTENZIALI, PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI RIABILITAZIONE E PROTOCOLLO D'INTESA PER INSERIMENTI SOCIO TERAPEUTICI." disciplina solo lo schema di Convenzione che si deve stipulare tra l'azienda ospitante l'utente del DSM che svolge un progetto individualizzato di riabilitazione e riceve un contributo di 3 € l'ora dalla usl, e il distretto inviante. Manca un regolamento che disciplini l'iter delle fasi /passaggi della fase prodromica alla predisposizione della determina che autorizza l'inserimento e la spesa del contributo e manca una procedura di evidenza pubblica di selezione delle aziende che possono ospitare gli utenti del DSM.	- la selezione delle aziende ospitanti dovrà avvenire con una procedura di evidenza pubblica, tramite un avviso pubblico per manifestazione di interesse - a scadenza o sempre aperto-finalizzata alla creazione di un elenco di aziende disponibili ad accogliere gli utenti del DSM. Successivamente si stipulerà una convenzione con ogni azienda ammessa all'elenco , stabilendo il numero massimo di utenti che possono accoderivi. - la predisposizione di un regolamento che dovrà prevedere un modello di istanza di inserimento in azienda per lo svolgimento di un progetto individualizzato di riabilitazione con il riconoscimento all'utente di un contributo nell'ammontare di 3 € l'ora a carico del Distretto inviante. L'istanza dovrà essere predisposta dal case manager del DSM adulti, assistente sociale o psichiatra , firmata dal responsabile dell'UF SMA , indirizzata al Direttore del Distretto, che firmandola ne autorizza sia l'inserimento che l'impegno di spesa. Non sarà più necessaria una determina del Direttore del Distretto	Entro aprile 2023	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
															Verifica adozione di un Regolamento	1	Annuale
Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Trasporto con mezzo proprio per dialisi ospedaliera	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	VERZICHELLI ANGELA	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di regolamentazione	predisporre una procedura per l'area dipartimentale per meglio definire le modalità di gestione, controllo e liquidazione dei contributi/rimborsi per spese di viaggio sostenute dai pazienti dialitici autosufficienti residenti nella Azienda Sanitaria Sudest Regione Toscana.	fase 1) costituire un gruppo di lavoro fase 2) condividere documenti e informazioni utili tra gli operatori interessati al processo fase 3) predisporre incontri in modalità webex fase 4) predisporre, deliberare e adottare la procedura di cui trattasi	entro dicembre 2023	Verifica adozione di una procedura	1	Semestrale
											Misura di formazione	formazione a rotazione dei dipendenti addetti al processo	inserimento nel piano di formazione aziendale annuale come corso obbligatorio	dicembre 2024	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	10	Annuale
Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Trattamenti dialitici domiciliari	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Verzichelli Angela	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono solo controlli occasionali	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	ADEGUATO	Misura di regolamentazione	Necessità di stesura di istruzioni operative e/o di una procedura con indicazioni che disciplinino il processo stesso	Costituzione di un gruppo di lavoro a livello Dipartimentale con lo scopo di redigere una procedura e/o delle istruzioni operative che disciplinino il processo	anno 2023	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
															Verifica adozione istruzioni operative	1	Annuale

Dipartimento Gestioni Economiche E Finanziarie	Uoc Gestioni Economiche E Finanziarie	Ciclo Attivo	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Di Luigi Carmela	MEDIO/ BASSO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	PREVALENT EMENTE ADEGUATO	Misura di semplificazione	Passaggio di ulteriore quota parte delle prestazioni in modalità PAGO PA	La modalità di riscossione in PAGO PA ha già eliminato la gran parte della criticità relativa all'abbinamento tra l'incasso ricevuto e il credito. Con il passaggio di una ulteriore parte delle prestazioni aziendali a pagamento l'abbinamento sarebbe completamente automatico.	I tempi non dipendono da questa struttura, anche se fornisce il supporto affinché avvenga l'ulteriore passaggio	procedura informatica	1	Annuale
Dipartimento Gestioni Economiche E Finanziarie	Uoc Gestioni Economiche E Finanziarie	Ciclo Passivo - Gestione Fornitori	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Di Luigi Carmela	MEDIO/ BASSO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	PREVALENT EMENTE ADEGUATO	Misura di regolamentazione	Elaborazione procedura Pagamento fornitori	Predisposizione di una bozza di procedura per l'autorizzazione e il pagamento dei fornitori Condivisione con le strutture aziendali Adozione atto	Entro 2023	Verifica adozione di una procedura]	1	Annuale
Dipartimento Gestioni Economiche E Finanziarie	Uoc Contabilità Analitica	Contabilità Analitica	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Albani Maria Teresa	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	MOLTO ADEGUATO	Misura di regolamentazione	Adozione con delibera aziendale del regolamento di contabilità analitica	Entro fine 2022 sarà definita la bozza di regolamento da condividere con la UOC Controlli di Gestione e successivamente proporre alla Direzione aziendale per l'adozione dell'atto	Entro primo trimestre 2023	Verifica adozione di un Regolamento	1	Annuale
											Misura di formazione	Incontri di formazione al personale della UOC Contabilità Analitica e alla UOC Gestioni Economiche e Finanziarie	Primo incontro di formazione generale Secondo incontro di formazione specifica su quanto disposto dal regolamento Eventuale focus su alcuni aspetti di particolare rilevanza	Entro primo semestre 2023	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	15	Annuale
Dipartimento Gestioni Economiche E Finanziarie	Uoc Bilancio Sociale e Socio-Sanitario	Contabilità generale conto terzi	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Di Luigi Carmela	MEDIO/ ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	MOLTO ADEGUATO	Misura di rotazione	Affiancare ulteriore addetto al processo	Nel caso di prosecuzione delle convenzioni con le SDS del territorio ASL TSE, sarà inserito ulteriore addetto al processo al fine del passaggio di alcune funzioni	Da definire entro 2023, in caso di rinnovo convenzioni	Ulteriore addetto	1	Annuale
Dipartimento Gestioni Economiche E Finanziarie	Uoc Gestioni Economiche E Finanziarie	Predisposizione bilancio esercizio	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Di Luigi Carmela	MEDIO/ ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	MOLTO ADEGUATO	Misura di regolamentazione	Adozione procedura specifica per il bilancio di esercizio	La procedura definirà precisamente quali strutture devono fornire i dati e con quali tempi ai fini della adozione del bilancio	Entro anno 2023	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
Dipartimento Risorse Umane	Uosd Libera Professione	Avvio, modifica e rendicontazione della Libera Professione Intramuraria resa in qualità specialista in medicina del lavoro o "medico competente", ai sensi del D. Lgs 81/2008.	Attività libero Professionale	Dario Rosini Marco Daneloni Sabrina Foderi	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti No, il controllo copre	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	ADEGUATO	Misura di controllo	Controlli a campione su tutti i professionisti autorizzati a svolgere attività LPI in qualità di medico competente fra prestazioni fatturate e prestazioni erogate. Verifica dell'attività LPI effettuata al di fuori dall'orario di lavoro	1) verifica a campione delle fatture emesse in un dato periodo ; 2) richiesta di verifica sulla data di effettuazione delle prestazioni da inviare alle Ditte private e/o Enti 3) acquisizione cartelli di presenza 4) verifica che l'attività resa sia stata effettuata al di fuori dell'orario di lavoro	entro il 30/06/2023	Ispezioni con verbalizzazioni	1	Annuale
Dipartimento Risorse Umane	Uoc Gestione economica del personale dipendente	Conferimento incarichi di funzione	Incarichi e nomine	Spagnoli Gianluca	MEDIO	completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	PREVALENT EMENTE ADEGUATO	Misura di regolamentazione	Nuovo regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi del comparto alla luce del nuovo CCNL2022	Una regolamentazione più puntuale e dettagliata sulle procedure di conferimento degli incarichi del comparto	Entro la fine del 2023	Verifica adozione di un Regolamento	2	Annuale
Dipartimento Risorse Umane	Uoc Programmazione, reclutamento e relazioni sindacali	Conferimento incarichi ex art. 15 sep es c.1 e c.2 D.Lgs 502/92	Incarichi e nomine	Dr. Rosini Dario	MEDIO/ BASSO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	PREVALENT EMENTE ADEGUATO	Misura di sensibilizzazione e partecipazione	Sensibilizzazione di tutti i soggetti che partecipano al processo sull'effettuazione di controlli reciproci	Definizione delle fasi, analisi dei soggetti coinvolti in ciascuna di esse e sensibilizzazione a guardare/controllare ciò che fanno gli altri soggetti a monte o a valle nel processo.	un anno	Previsione di iniziative di sensibilizzazione	2	Semestrale
Dipartimento Risorse Umane	Uoc Programmazione, reclutamento e relazioni sindacali	Mobilità	Acquisizione e gestione del personale	Dario Rosini	MEDIO/ BASSO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	PREVALENT EMENTE ADEGUATO	Misura di trasparenza	Comunicazione da parte dei Direttori di Dipartimento competenti delle motivazioni che sono alla base dell'accoglimento delle domande di trasferimento. Valutazione delle loro decisioni da parte della Commissione Paritetica con le OO.SS.	Preso atto della valutazione effettuata dal Direttore del Dipartimento. Formalizzazione della comunicazione all'interessato dello spostamento nella sede scelta con la relativa data di decorrenza. Analisi del caso da parte della Commissione Paritetica con le OO.SS.	Il trasferimento o avverrà quando sarà disponibile un posto da ricoprire dall'esterno.	Pubblicazione documento finale	4	Annuale
											Misura di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari	Discussione dei casi in commissione paritetica aziendale con le OO.SS.	Riunioni annuali con analisi delle motivazioni sottese alle decisioni prese.	L'accordo con le OO.SS. prevede la cadenza annuale a fine anno.	Riunioni annuali	1	Annuale
											Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Sensibilizzazione dei dipendenti nel momento in cui firmano la clausola contrattuale	Chiamata del dipendente per la firma del contratto, discussione con lo stesso sul contenuto e l'importanza di questo impegno, sottoscrizione della clausola contrattuale.	immediati	Incontri effettuati in materia	1	Annuale

Dipartimento Risorse Umane	Uosd Libera Professione	Rilevazione e liquidazione compensi attività LP intramuraria ambulatoriale (compresa LP domiciliare / fuori regione / veterinari studi privati)	Acquisizione e gestione del personale	Dario Rosini Marco Daneloni Sabrina Foderi	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	MOLTO ADEGUATO	Misura di formazione	PREVEDERE FORMAZIONE SUL PROCESSO DI TUTTI GLI OPERATORI ASSEGNATI AI VARI UFFICI	1) ORGANIZZAZIONE DI APPOSITI INCONTRI CON GLI OPERATORI AL FINE DI DESCRIVERE IN MANIERA DETTAGLIATA LE FASI DEL PROCESSO; 2) ESERCITAZIONI SU CASI SPECIFICI TRAMITE GLI APPLICATIVI GESTIONALI DEDICATI 3) VERIFICA DEI RISULTATI RAGGIUNTI	ENTRO L'ANNO 2023	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	5	Annuale
											Misura di rotazione	ASSEGNAZIONE AD ALTRO PERSONALE LA PREDISPOSIZIONE DI ALCUNE FASI DEL PROCESSO	VERIFICA DA PARTE DEL PERSONALE DELLE FATTURE PAGATE	ENTRO IL 2023	Numero di incarichi ruotati sul numero di incarichi totali	3	Annuale
Dipartimento Risorse Umane	Uoc Programmazione, reclutamento e relazioni sindacali	Stabilizzazioni	Acquisizione e gestione del personale	Dario Rosini	MEDIO/ BASSO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	MOLTO ADEGUATO	Misura di trasparenza	Condivisione tra tutto il personale degli uffici di reclutamento della documentazione di supporto	Analisi delle istanze, acquisizione della documentazione interna o da altre aziende, condivisione e analisi congiunta di tale documentazione, valutazione congruità della stessa in relazione ai requisiti necessari.	un anno	Publicazione documento finale	1	Annuale
															Convegni, riunioni o altre iniziative simili per diffondere gli esiti del processo	1	Annuale
Dipartimento Tecnico	Uoc Patrimonio	Acquisizione diritti reali su beni di proprietà di terzi	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Andrea Ghezzi; Mauro Rotellini; Cristina De Luca	MEDIO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	ADEGUATO	Misura di disciplina del conflitto di interessi	Dichiarazione ai sensi di legge dell'assenza di conflitto di interessi relativi alla procedura	Richiesta di sottoscrizione di apposito modulo	2023	Controlli a campione	10	Annuale
											Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Acquisizione dichiarazioni di conflitto di interessi; Sottoscrizione Patto di Integrità;	Acquisizione dichiarazione conflitto di interessi del Responsabile del procedimento; Acquisizione dichiarazione conflitto di interessi da parte di eventuali Tecnici esterni all'azienda; Acquisizione dichiarazione conflitto di interessi di controparte; Acquisizione dichiarazione conflitto di interessi del pubblico ufficiale rogante; Sottoscrizione Patto di Integrità da parte di eventuali Tecnici esterni all'azienda; Sottoscrizione Patto di Integrità da parte del Pubblico Ufficiale Rogante;	Entro il 2023	Controlli a campione	10	Annuale
Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	Affidamento diretto di lavori di importo inferiore a € 150.000	Contratti Pubblici	DOTT. ING. RICCARDO ANTONELLI	MEDIO/ ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico in minima parte	Ci sono solo controlli occasionali	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	ADEGUATO	Misura di formazione	FORMAZIONE DEL PERSONALE IN MATERIA	PARTECIPAZIONE AD UN CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA DA PARTE DEL PERSONALE	UN CORSO DI FORMAZIONE IN MATERIA NEL TRIENNIO	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	20	Annuale
											Misura di disciplina del conflitto di interessi	VERIFICA ASSENZA CONFLITTO D'INTERESSI	ACQUISIZIONE DICHIARAZIONI ASSENZA CONFLITTO D'INTERESSE DA PARTE DEI SOGGETTI INTERESSATI	IN RELAZIONE AGLI INTERVENTI	N° DICHIARAZIONI ACQUISITE	5	Annuale
Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	Affidamento incarichi di progettazione	Contratti Pubblici	ANTONELLI RICCARDO	MEDIO/ ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico in minima parte	Ci sono solo controlli occasionali	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	ADEGUATO	Misura di formazione	Formazione del personale in materia.	Partecipazione ad un corso di formazione in materia da parte del personale.	CORSO DI FORMAZIONE TRIENNALE	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	30	Annuale
											Misura di disciplina del conflitto di interessi	VERIFICA DELL'ASSENZA DI CONFLITTI D'INTERESSI	ACQUISIZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CAUSE DI CONFLITTO D'INTERESSI DA PARTE DEI SOGGETTI INTERESSATI	VALUTABILI IN RELAZIONE AI SINGOLI INTERVENTI	Presenza di specifiche previsioni su casi di conflitto di interessi tipici della struttura	5	Annuale
Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	Affidamento incarichi Direzione dei Lavori	Contratti Pubblici	ANTONELLI RICCARDO	MEDIO/ ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico in minima parte	Ci sono solo controlli occasionali	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	ADEGUATO	Misura di formazione	Formazione del personale in materia.	Partecipazione ad un corso di formazione in materia da parte del personale.	CORSO DI FORMAZIONE TRIENNALE	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	30	Annuale
											Misura di disciplina del conflitto di interessi	VERIFICA DELL'ASSENZA DI CONFLITTI D'INTERESSE	ACQUISIZIONE DI DICHIARAZIONE DI ASSENZA DI CONFLITTO D'INTERESSE DA PARTE DEI SOGGETTI INTERESSATI	TEMPI IN RELAZIONE AI SINGOLI INTERVENTI	Presenza di specifiche previsioni su casi di conflitto di interessi tipici della struttura	5	Annuale
Dipartimento Tecnico	Uoc Patrimonio	Dismissione, alienazione e donazioni beni mobili di proprietà	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Andrea Ghezzi; Alberto Gazzari	MEDIO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di disciplina del conflitto di interessi	Ricezione dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da parte del responsabile del procedimento	Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interessi su apposita modulistica	2023	controlli a campione	10	Annuale
Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	Lavori di importo superiore a € 150.000	Contratti Pubblici	Ing. Riccardo Antonelli	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico in minima parte	Ci sono solo controlli occasionali	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	ADEGUATO	Misura di formazione	Corsi di formazione	Focus sulla normativa di settore: casi pratici, esercitazioni e test di valutazione	Triennale/ quadriennale	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	30	Annuale
											Misura di disciplina del conflitto di interessi	Verifica assenza conflitto di interessi	Dichiarazione di assenza conflitto di interessi da parte dei soggetti interessati	In relazione ai processi attivati	numero di dichiarazioni acquisite	5	Annuale
											Misura di regolamentazione	Aggiornamento procedure in essere secondo le novità normative; pubblicazione procedura aziendale unica e aggiornata da cui possono essere declinate istruzioni operative nelle singole strutture	Le DMPO insieme alle Direzioni Infermieristiche e Amministrative con il supporto della Medicina Legale aggiorneranno la procedura aziendale ormai datata	Sempre giugno 2023	Verifica adozione di una procedura	1	Semestrale
															Verifica aggiornamento di una procedura	1	Semestrale

Rete Ospedaliera	Rete Ospedaliera	Gestione del decesso del paziente in reparto	Attività conseguenti il decesso in ambito intraospedaliero	Forti Massimo	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo automatico in minima parte	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	ADEGUATO	Misura di controllo	Verifica corretta apposizione elenco imprese funerarie aggiornate e modulistica specifica per la scelta dell'impresa	Elenco disponibile nelle degenze, obitori, DMPO, scelta trasparente dei familiari su modulo cartaceo di cui rimane traccia	Revisione procedura e relativi allegati entro giugno 2023	Ispezioni con verbalizzazioni	12	Semestrale
											Misura di trasparenza	Corretta comunicazione delle imprese presenti; non condizionamento nella scelta;	Corretta apposizione elenchi Aggiornamento procedura report trimestrali	Entro giugno 2023	Pubblicazione documento finale	1	Semestrale
															Diffusione documento finale	1	Semestrale
Rete Ospedaliera	Rete Ospedaliera	Programmazione Operativa (Chirurgia Elettiva - Produzione Ambulatoriale "Modello Competitivo" - Dimissioni Complesse)	Liste di Atesa	Forti Massimo	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Lo specialista in scienza e coscienza deve attribuire il giusto codice di priorità al soggetto visitato	Visita specialistica da cui ne consegue la proposta di intervento chirurgico con codice di priorità	Settembre 2023	Incontri effettuati in materia	3	Semestrale
											Misura di formazione	Specifici corsi su: - etica e deontologia - corretta attribuzione codice priorità per patologia/condizione dell'assistito	Corsi di formazione nel PFA 2023 o 2024	2024	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	almeno 50 ad edizione	Annuale
															Risultanze sulle verifiche di apprendimento	1	Annuale
Staff Della Direzione Sanitaria -	Uoc Governo clinico	Controlli su strutture accreditate - Ricoveri	Rapporti con soggetti erogatori	Roberto Turillazzi	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di formazione	Corso di formazione su normativa e regole di codifica	Corso frontale in presenza con possibilità di video collegamento	secondo semestre 2023	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	ione dell'80% dei componenti del gruppo di controllo	Annuale
Staff Della Direzione Sanitaria -	Uoc Governo clinico	Controlli su strutture accreditate (Ambulatoriale)	Rapporti con soggetti erogatori	Roberto Turillazzi	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di formazione	Corso di formazione sulla normativa e sulle regole di codifica	Corso frontale in presenza con possibilità di video collegamento	secondo semestre 2023	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	80% dei componenti del gruppo di controllo	Annuale
Staff Della Direzione Sanitaria -	Uoc Qualità e Rischio Clinico	Gestione delle infezioni correlate all'assistenza, antibioticoresistenza, sepsi nell'ambito delle attività indicate dal Team AID	Controlli, Verifiche, Ispezioni e Sanzioni	Pila Silvana	ALTO	Si, ma il controllo è insufficiente rispetto alle fasi del processo	Controllo automatico in minima parte	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	ADEGUATO	Misura di formazione	FORMAZIONE DI TUTTI I REFERENTI AID AL FINE DI CONOSCERE LE PROCEDURE IN ESSERE	OBBLIGO DI PARTECIPAZIONE ALLE PROPOSTE FORMATIVE PER ALMENO L'80% DEI REFERENTI INDIVIDUATI	ANNO 2023	Risultanze sulle verifiche di apprendimento	80	Annuale
											Misura di sensibilizzazione e partecipazione	E' STATO PRESENTATO NEL PAF 2023 UN PROGETTO FORMATIVO PER MIGLIORARE L'ADESIONE ALLA CORRETTA OSSERVAZIONE SULLA ADESIONE ALLA BUONA PRATICA IGINE MANI	REALIZZAZIONE FORMAZIONE	ANNO 2023	Previsione di iniziative di partecipazione]	2	Annuale
Staff Della Direzione Sanitaria -	Uoc Governo appropriatezza delle risposte sanitarie e tempi di attesa	Percorso assistenziale ambulatoriale	Liste di Atesa	Autieri Gianfranco	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo totalmente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	MOLTO ADEGUATO	Misura di formazione	Formazione a Coordinatori AFT, Direttori Zona/Distretto, Direttori Presidi Ospedallieri, Direttori UU.OO.CC, gestori agende di prenotazione sui concetti di prescrizione, prenotazione, governo di domanda ed offerta delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, tempo di attesa	Incontro di formazione	2023	Verbale incontri formazione	10	Annuale
											Misura di rotazione	Alternare il riferimento dei gestori agende per zona/distretto	Alternare il riferimento dei gestori agende per zona/distretto	2023	Numero di incarichi ruotati sul numero di incarichi totali	5	Annuale
Staff Direzione Aziendale	Uoc Controllo di gestione, performance aziendale e flussi informativi	Negoziazione e valutazione obiettivi economici di budget	Controlli, Verifiche, Ispezioni e Sanzioni	Bechi Luigi	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	MOLTO ADEGUATO	Misura di controllo	reportistica periodica sui consumi rispetto al budget assegnati disponibile nel DWH Aziendale	estrazione dati da magazzino costruzione reportistica con confronto speso - budget assegnato alimentata e pubblica nel DWH azienda eventuale rimodulazione del budget	mensile	report per Centro di Responsabilità	12	Annuale
											Misura di regolamentazione	revisione annuale del documento del Sistema di Misurazione e Valutazione Performance (SMVP)	revisione sezione assegnazione e monitoraggio degli obiettivi economici	annuale	Verifica aggiornamento di un Regolamento	1	Annuale
Staff Direzione Aziendale	Uoc Controllo di gestione, performance aziendale e flussi	Programmazione aziendale, monitoraggio e reporting	Controlli, Verifiche, Ispezioni e Sanzioni	Luigi Bechi	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	MOLTO ADEGUATO	Misura di regolamentazione	Revisione annuale del documento del Sistema di Misurazione e Valutazione Performance (SMVP)	Verifica e approfondimento delle fasi: definizione obiettivi assegnazione obiettivi monitoraggio obiettivi	annuale	Verifica aggiornamento di un Regolamento	1	Annuale
											Misura di formazione	programmare corsi di formazione sul Ciclo della Performance: normativa di riferimento e stato dell'arte in azienda	corso di formazione a tutti i titolari di scheda budget (gestori di risorse): dagli obiettivi nazionali, regionali e aziendali alle schede budget monitoraggio degli obiettivi e delle risorse assegnate	sessioni infrannuali di 4 ore	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	561	Annuale

	nformat v										Misura di sensibilizzazione e partecipazione	Informare e formare tutti i gestori di risorse sul ciclo della performance: contenuti, azioni e tempistica	Formazione Informazioni tramite mail su tutte le fasi del ciclo della performance Visualizzazione in tempo reale della scheda budget di struttura Partecipazione e coinvolgimento attivo: proposta obiettivi e partecipazione all'attività di rendicontazione	step infrannuali	Previsione di iniziative di sensibilizzazione	1	Annuale
															Previsione di iniziative di partecipazione	4	Trimestriale
Dipartimento Risorse Umane	Uosd Libera Professione	Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (A1 o negoziale e scheda Allegato A)	Attività libero Professionale	Dario Rosini Marco Daneloni Sabrina Foderi	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di formazione	Incontro formativo con tutto il personale assegnato alla uosd inerente al processo	Formazione specifica sull'avvio o modifica dell'attività Libero professionale	Entro il 31/12/2023	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	8	Annuale

N.	Anno	Macrostruttura	Struttura	Identificazione processo	Area di rischio	Responsabile del processo	Misure individuate	Tipo di Misure attuate (SI/NO)	Motivazione mancata attuazione
1	2023	Dipartimento Gestioni economiche e finanziarie	UOC Libera professione	Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (A1o negoziale e scheda Allegato A)	attività libero professionale	Albiani Maria Teresa / Daneloni Marco / Foderi Sabrina	Misura di formazione	No	La misura prevista è stata rinviata per l'avvio della nuova procedura gestionale unica per l'azienda
2	2023	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Gestione dei contratti di appalto di servizi socio sanitari	CONTRATTI PUBBLICI	VERZICHELLI ANGELA	Misura di regolamentazione	No	La misura è in corso di attuazione. Nella mail del 4/5/2023, da parte della UOSD Qualità processi amministrativi ed internal auditing, il processo "affidamento servizi socio-sanitari a seguito di procedure di co-progettazione" era stato oggetto di apposito incontro di trattazione assieme ad altri processi ritenuti in quella sede prioritari. Dopo il primo incontro, in data 16/5/2023, vista la complessità della materia trattata, ne fu deciso lo sviluppo in un arco temporale più lungo. Inoltre nel mese di ottobre 2023 ESTAR ha inviato all'Azienda proposta di revisione delle linee guida che normano la procedura di affidamento servizi in co-progettazione attualmente disciplinata da deliberazione ASL n.924 del 6/7/2022 La proposta è al vaglio delle Direzioni amm.ve di zona distretto e costituirà la base su cui redigere il Regolamento.
3	2023	Rete Ospedaliera	Rete Ospedaliera	Gestione del decesso del paziente in reparto	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Forti Massimo	Misura di controllo	No	La procedura unica aziendale è in corso di definizione in quanto sta coinvolgendo molti ambiti (DMPO, Medicina Legale, Dipartimento Amministrativo, Dipartimento del territorio). Sono presenti specifici regolamenti nelle DMPO e sono presenti diverse modalità di trattamento (vestizione, trasporto, rapporti con Autorità Giudiziaria, ecc) assegnate a figure diverse (in alcune strutture servizio completamente esternalizzato in altre effettuato con tecnici in altri con personale interno Infermieristico/Oss)
4							Misura di formazione	No	Incontri tematici nel corso del 2023 nelle singole DMPO. Previsto inserimento nel PFA 2024 del corso di formazione "Salma o cadavere" a cura della Medicina Legale e della presente Macrostruttura
5							Misura di regolamentazione	No	Come sopra esplicitato è tuttora in corso la redazione di un documento unico aziendale che possa tener conto di tutte le necessità e caratteristiche (sanitarie amministrative medico legali) collegate al decesso in ambito ospedaliero

6	2023	Dipartimento del territorio, della fragilità e delle dipendenze	Dipartimento del territorio, della fragilità e delle dipendenze	Gestione del decesso del paziente nel territorio	ATTIVITA' CONSEQUENTIAL DECESSO IN AMBITO TERRITORIALE	Roberto Turillazzi	Misura di regolamentazione	No	La procedura relativa alla "Gestione del decesso del paziente sul territorio" è attualmente in fase di ultima definizione in quanto, come concordato con il livello ospedaliero, la procedura territoriale doveva essere inserita in quelle del decesso del paziente in ambiente ospedaliero.
7	2023	Dipartimento Gestione amministrativa zone- distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi (parte amministrativa)	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Angela Verzichelli	Misura di regolamentazione	No	Il "Regolamento di accesso ai servizi socio-sanitari per l'area della disabilità e della non autosufficienza" di cui alla DGRT n.1119 del 28/10/2021 è stato adottato nell'ambito dell'ASL TSE dalla Zona Distretto Colline dell'Albegna con provvedimento dirigenziale n. 614 del 1/3/2023. Trattandosi di documento che ha richiesto numerosi incontri di condivisione tra operatori di profili professionali diversi e il passaggio anche in Conferenza zonale integrata dei Sindaci la tempistica si è accavallata con la mappatura del processo di cui trattasi e la cui misura non è stata all'interno del regolamento evidenziata. Essendo tale Regolamento in fase di elaborazione in altre zone distretto dell'ASL, è stato proposto dalla parte amministrativa di inserirvi un rimando alle modalità di valutazione dei risultati dei processi di inserimento terapeutico/riabilitativo.
8	2023	Staff Della Direzione Sanitaria -	Uoc Governo appropriatezza delle risposte sanitarie e tempi di attesa	Percorso Assistenziale ambulatoriale	LISTE DI ATTESA	Autieri Gianfranco	Misura di rotazione	No	Carenza di personale
9	2023	Rete Ospedaliera	Rete Ospedaliera	Programmazione Operativa (Chirurgia Elettiva – Produzione Ambulatoriale "Modello Competitivo" - Dimissioni Complesse)	LISTE DI ATTESA	Forti Massimo Gianfranco Autieri	Misura di formazione	No	Nel corso del 2023 sono stati fatti incontri locali sul tema. Un vero e proprio corso da inserire nel PFA aziendale è in programma per il 2024
10	2023	Dipartimento Del Farmaco	Uoc Farmaceutica Territoriale - Area provinciale Aretina	Riconosciment o del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Roghi Alessandra	Misura di trasparenza	No	La classificazione delle Farmacie rurali sussidiate pr il riconoscimento dell'indennità di residenza, viene elaborata negli anni pari. L'ultima deliberata è riferita all'anno 2022, la prossima verrà effettuata nel 2024

11	2023	Dipartimento Gestione amministrativa zone- distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Rimborsi per trapianti fuori Regione	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Riccardo Marsili	Misura di formazione	No	Non è stato possibile, in quanto non vi era certezza circa il personale da formare, dato che fino ad agosto non vi è stata certezza del personale da formare a causa della pendenza delle procedure per il conferimento dei nuovi incarichi IFO. Ad oggi è stata formata solo una persona.
12	2023	Dipartimento Gestione amministrativa zone- distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Uoc Direzione amministrativa - Zona-distretto Aretina, Casentino, Valtiberina	Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale /Contributi per rette eterofamiliari per utenti della UF Salute Mentale (parte amministrativa)	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Dott.ssa Verzichelli Angela	Misura di regolamentazione	No	La procedura regolamentare è sospesa per effetto della suddivisione della Zona aretina in tre ambiti distinti e alla costituzione delle separate unità funzionali di riferimento UUFAS E UFSMA, impegnate nella lavorazione della procedura in commento per l'attivazione dei pir. La procedura sarà perfezionata nell'anno '24 essendosi assestato l'assetto organizzativo per gli ambiti distrettuali.

N.	MACRO-STRUTTURA	STRUTTURA (UOC, UOSD, UF)	IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO	AREA DI RISCHIO	RESPONSABILE DEL PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO INERENTE	AMPIEZZA E QUALITÀ DEI CONTROLLI INTERNI: Nelle varie indicazioni che disciplinano il processo (es. regolamenti, procedure interne, istruzioni operative), sono individuate misure di controllo relative al buon esito del processo?	GRADO DI AUTOMAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI: Qual'è la tipologia di controllo?	LIVELLO DI CENTRALIZZAZIONE DEI CONTROLLI: Qual'è il livello di complessità del controllo (relativo al grado di interrelazione con le altre strutture dell'Ente)? Il controllo è oggettivo o prevede una valutazione da parte del control owner?	LIVELLO DI ATTUAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI E CENTRALIZZATI: Qual'è il livello di attuazione dei controlli e da quanto tempo sono stati attuati?	IDONEITÀ DEI CONTROLLI PER VALUTAZIONE RISCHIO RESIDUO	Misure individuate	DESCRIVI CON ACCURATEZZA IN COSA CONSISTE LA MISURA	DESCRIVI LE FASI (E/O MODALITÀ) CON CUI VERRÀ ATTUATA AL FINE DI INCIDERE SUI FATTORI AMBIENTALI DEL RISCHIO	DESCRIVI I TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLA MISURA	RESPONSABILE DELLA MISURA	INDICATORI DI MONITORAGGIO	TARGET VALORE ATTESO	TRASMISSIONE AD INTERNAL AUDIT DEGLI ESITI DEL MONITORAGGIO
1	Dipartimento Affari Generali	UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Verifica delle fatturazioni relative ai trasporti sanitari di urgenza	CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Lucaroni Elisabetta	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Misura di controllo	Incentivazione controlli interni e maggiore regolamentazione	Redazione di procedure sempre più aggiornate	12 mesi	Elisabetta Lucaroni	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	Numero controlli: 4	Trimestrale
												Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	divulgazione frequente del codice comportamentale	Corsi, divulgazione tramite mail, Video riunioni	1 anno	Elisabetta Lucaroni	Incontri effettuati in materia Comunicazioni effettuate in materia	Numero incontri 4 Numero comunicazioni 2	Trimestrale Semestrale
2	Dipartimento Affari Generali	UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Modalità di reclutamento forniture privato accreditato	RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI	Lucaroni Elisabetta	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	la misura consisterà in una più accurata diffusione degli standard di comportamento a tutto il personale aziendale e diffusione dell'etica alla base del codice comportamentale	Introduzione del patto di integrità allegato ai nuovi contratti con le strutture private accreditate	due tre mesi	Elisabetta Lucaroni	Comunicazioni effettuate in materia	2	Semestrale
												Misura di formazione	Miglioramento disciplina corsi di formazione	Incentivazione del personale a seguire maggiori corsi di formazione, soprattutto anticorruzione, trasparenza e codice comportamentale	6 mesi/1 anno	Elisabetta Lucaroni	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati Risultanze sulle verifiche di apprendimento	20 minimo 3	Annuale Annuale
												Misura di disciplina del conflitto di interessi	Segnalazione di qualsiasi situazione che possa far trasparire una situazione di conflitto di interessi	Formazione dei dipendenti, conoscenza disciplina anti corruzione, astensione, whistleblowing	un anno	Elisabetta Lucaroni	Presenza di specifiche previsioni su casi di conflitto di interessi tipici della struttura	2	Annuale
3	Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	Modalità di autorizzazione dei subappalti	CONTRATTI PUBBLICI	Ing. Riccardo Antonelli	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Misura di formazione	Formazione del personale tecnico e amministrativo in materia	Partecipazione ad un corso di formazione in materia da parte del personale tecnico e amministrativo	1 corso di formazione in materia nel triennio	Direttore del Dipartimento Tecnico, Ing. Riccardo Antonelli	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	20	Annuale
4	Dipartimento Risorse umane	UOC Gestione giuridica del personale dipendente	Gestione delle anomalie nella rilevazione delle presenze	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Siciliano Francesco	MEDIO/ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Misura di regolamentazione	Predisposizione procedura controlli presenze	Predisposizione, adozione e diffusione.	Tempi tecnici derivanti dalla possibile adozione tramite delibera aziendale.	Francesco siciliano	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
5	Staff Direzione Aziendale	UOC Affari legali	Processo di assegnazione ai legali esterni	AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Bibolotti Giovanni	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Misura di controllo	Controlli a campione relativamente alla verifica del rispetto dei criteri di cui al Regolamento aziendale sia per l'affidamento degli incarichi sia per la determinazione dei compensi nonché di quant'altro previsto nel Regolamento	I referenti di causa, cui compete la gestione delle pratiche amministrative correlate al conferimento degli incarichi, svolgono (e svolgeranno) verifiche su conferimenti di incarico posti in essere da altri referenti in diverse aree provinciali	I controlli/monitoraggi vengono eseguiti periodicamente con cadenza annuale	Direttore di Struttura	Ispezioni con verbalizzazioni	6	Annuale
												Misura di formazione	Il personale addetto alla funzione dovrà continuare ad effettuare formazione in materia di prevenzione dei fenomeni corruttivi e in materia di trasparenza	La formazione si svolgerà con cadenza annuale	La formazione, già oggi attenzionata, sarà svolta costantemente, con cadenza annuale	Direttore di Struttura	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	10	Annuale
6	Dipartimento Affari Generali	UOC Gestione contratti non sanitari e logistica aziendale	Gestione delle modifiche non sostanziali (ex art. 120, comma 5 del decreto legislativo 36/2023) nella fase di esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi non sanitari	CONTRATTI PUBBLICI	Nicola Falco	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico in minima parte	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Misura di regolamentazione	Redazione di un'istruzione operativa che regoli il processo in tutte le sue fasi	1) Redazione dell'istruzione operativa; 2) Massima diffusione a tutto il personale coinvolto; 3) Esclusione delle richieste non conformi all' i.o. ed indicazione delle corrette fasi da seguire.	entro la fine del 2024	Nicola Falco	Verifica adozione di un'istruzione operativa	100	Annuale
												Misura di formazione	Corso di formazione specifico rivolto ai dipendenti che partecipano alla gestione del contratto come RES, DEC e assistenti	1) Organizzazione del corso; 2) Erogazione del corso; 3) Verifica delle conoscenze acquisite.	entro la fine del 2024	Nicola Falco	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	100%	Annuale
												Misura di sensibilizzazione e partecipazione	Divulgazione dell'istruzione operativa	Publicazione sull'Intranet Aziendale	Entro il 2024	Nicola Falco	Publicazione dell'istruzione operativa	100	Annuale
7	Dipartimento di Prevenzione	UF Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare - Zona-Distretto Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana	Rilascio di certificazioni/autorizzazioni in attività effettuate dal dipartimento di prevenzione in tema di sicurezza alimentare	CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	giorgio briganti	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Misura di formazione	Interventi formativi	intero processo	triennale	Direttore UOC	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati Risultanze sulle verifiche di apprendimento	100% nel triennio 80	Annuale Annuale
												Misura di rotazione	Assegnare i procedimenti a persone diverse con criterio rotazione	in fase di assegnazione del procedimento	trimestrale	Responsabile della struttura organizzativa	Numero di pratiche ruotate su pratiche totali	10	Annuale
8	Dipartimento Professioni Infermieristiche ed Ostetriche	Dipartimento Professioni Infermieristiche ed Ostetriche	Modalità di reclutamento del personale per effettuazione prestazioni aggiuntive	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Agostinelli Vianella	MEDIO/ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Misura di rotazione	Rotazione del personale disponibile chiamato ad effettuare attività integrativa	Richiesta di disponibilità e rotazione.	Immediati	Responsabile del procedimento	Report	1	Trimestrale

N.	MACRO-STRUTTURA	STRUTTURA (UOC, UOSD, UF)	IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO	AREA DI RISCHIO	RESPONSABILE DEL PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO INERENTE	AMPIEZZA E QUALITÀ DEI CONTROLLI INTERNI: Nelle varie indicazioni che disciplinano il processo (es. regolamenti, procedure interne, istruzioni operative), sono individuate misure di controllo relative al buon esito del processo?	GRADO DI AUTOMAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI: Qual'è la tipologia di controllo?	LIVELLO DI CENTRALIZZAZIONE DEI CONTROLLI: Qual'è il livello di complessità del controllo (relativo al grado di interrelazione con le altre strutture dell'Ente)? Il controllo è oggettivo o prevede una valutazione da parte del control owner?	LIVELLO DI ATTUAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI E CENTRALIZZATI: Qual'è il livello di attuazione dei controlli e da quanto tempo sono stati attuati?	IDONEITÀ DEI CONTROLLI PER VALUTAZIONE RISCHIO RESIDUO	Misure individuate	DESCRIVI CON ACCURATEZZA IN COSA CONSISTE LA MISURA	DESCRIVI LE FASI (E/O MODALITÀ) CON CUI VERRÀ ATTUATA AL FINE DI INCIDERE SUI FATTORI AMBIENTALI DEL RISCHIO	DESCRIVI I TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLA MISURA	RESPONSABILE DELLA MISURA	INDICATORI DI MONITORAGGIO	TARGET VALORE ATTESO	TRASMISSIONE AD INTERNAL AUDIT DEGLI ESITI DEL MONITORAGGIO
9	Dipartimento Gestione amministrazione zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	UOC Direzione amministrativa dipartimento prevenzione	Gestione riscossione delle tariffe ex DLGS 32/2021	GESTIONE ENTRATE	DOTT.SSA SILVIA ZANCHI	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Misura di controllo	CONTROLLO PERIODICO E MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA PD-DADP/008 RISCOSSIONE TARIFFE DLGS 32/21 EFFETTUATO DALLA IFO CONTABILIZZAZIONE E GESTIONE CORRISPETTIVI DLGS 32/21 IN COLLABORAZIONE CON LE IFO TERRITORIALI CONTROLLO MENSILE DEL RESPONSABILE SPVSA SULLE BOLLETTE DA NOTIFICARE VERIFICA BIMESTRALE CHE SULLE BOLLETTE EMESSE SIA STATO REGISTRATO IL RELATIVO PAGAMENTO	CONTROLLI SEMESTRALI E MENSILI	MENSILI, SEMESTRALI E ANNUALI	DIRETTORE UOC DIREZIONE AMM.VA DIP.TO DELLA PREVENZIONE	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	2	Semestrale
												Misura di sensibilizzazione e partecipazione	ORGANIZZAZIONE DI INCONTRI ANNUI DIVULGATIVI DI CONDIVISIONE DELLA PROCEDURA PD-DADP/008 RISCOSSIONE TARIFFE DLGS 32/21 CON ANALISI DI CASI SPECIFICI PORTATI ALL'ATTENZIONE DAL PERSONALE DEL MACROPROCESSO E ILLUSTRAZIONE DELLE MODALITA' OPERATIVE.	PER LA CONDIVISIONE DELLA PROCEDURA PD-DADP/008 RISCOSSIONE TARIFFE DLGS 32/21 CON ANALISI DI CASI SPECIFICI PORTATI ALL'ATTENZIONE DAL PERSONALE DEL MACROPROCESSO E ILLUSTRAZIONE DELLE MODALITA' OPERATIVE.	31/12/2024	DIRETTORE UOC DIREZIONE AMM.VA DIP.TO DELLA PREVENZIONE	PARTECIPAZIONE AGLI INCONTRI	100	Semestrale
10	Staff Direzione Aziendale	UOC Contenzioso stragiudiziale	Risarcimento extra giudiziale	AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	Bibolotti Giovanni	MEDIO/ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Misura di controllo	Controlli a campione relativamente alla rispondenza della somma risarcitoria offerta in via transattiva, rispetto alla valutazione medico legale e alla relativa quantificazione secondo i criteri vigenti. La misura in argomento consente un'analisi non solo della rispondenza della somma offerta, ma anche riguardo alla sussistenza di un'adeguata istruttoria alla base della decisione assunta dal CGS.	I titolari di I.F.O., cui compete la funzione in argomento per ciascuna area provinciale, eseguono (ed eseguiranno) controlli su pratiche risarcitorie gestite presso altra area provinciale	I controlli/monitoraggi vengono eseguiti periodicamente con cadenza annuale	Direttore di Struttura	Ispezioni con verbalizzazioni	6	Annuale
												Misura di formazione	Il personale addetto alla funzione dovrà continuare ad effettuare formazione specifica rispetto alla materia in questione, nonché in materia di prevenzione dei fenomeni corruttivi e in materia di trasparenza	La formazione si svolgerà con cadenza annuale	La formazione, già oggi attenzionata, sarà svolta costantemente, con cadenza annuale	Direttore di Struttura	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	10	Annuale
11	Dipartimento Affari Generali	UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Verifica delle fatturazioni relative ai trasporti sanitari ordinari	CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Lucaroni Elisabetta	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Maggiore diffusione del codice di comportamento aziendale	Riunioni, missive informative	1 anno	Elisabetta Lucaroni	Incontri effettuati in materia Comunicazioni effettuate in materia	4 4	Trimestrale Trimestrale
												Misura di formazione	Maggiore frequentazione del personale a corsi di formazione mirati	programmazione corsi	6 mesi	Elisabetta Lucaroni	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati Risultanze sulle verifiche di apprendimento	maggioranza personale afferente alla UOC 3	Semestrale Semestrale
												Misura di disciplina del conflitto di interessi	Divulgazione della normativa sul conflitto di interessi	invio mail.videoriunioni	1 anno	Elisabetta Lucaroni	Presenza di specifiche previsioni su casi di conflitto di interessi tipici della struttura	3	Semestrale
12	Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	Gestione delle modifiche non sostanziali (ex art. 120, comma 5 del decreto legislativo 36/2023) nella fase di esecuzione dei contratti relativi ai lavori pubblici	CONTRATTI PUBBLICI	Ing. Riccardo Antonelli	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Misura di formazione	Formazione del personale tecnico e amministrativo in materia	Partecipazione ad un corso di formazione in materia del personale tecnico e amministrativo	Un corso di formazione in materia nel triennio	Direttore del Dipartimento Tecnico, Ing. Riccardo Antonelli	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	20	Annuale
13	Dipartimento Gestioni economiche e finanziarie	UOC Bilancio	Gestione accettazione delle donazioni	DONAZIONI	ALBIANI MARIA TERESA	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Misura di trasparenza	Pubblicazione annuale, sul sito aziendale, delle donazioni ricevute	Richiesta di pubblicazione dell'elenco alla struttura aziendale di riferimento	il mese successivo alla data di adozione del bilancio consuntivo	Albiani Maria Teresa	Pubblicazione documento finale	1	Annuale
14	Dipartimento Gestioni economiche e finanziarie	UOC Gestione fornitori	Verifica mancata presentazione di utenti a visita	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	ALBIANI MARIA TERESA	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico in minima parte	Ci sono solo controlli occasionali	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	Adeguito	Misura di regolamentazione	Predisposizione di procedura interna per la verifica dei pazienti non presentati	Definizione di procedura con indicazione della numerosità del campione e della modalità di campionatura, predisposizione di report standard dei controlli effettuati	Entro 31/12/2024	Direttore UOC Libera Professione	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
	Dipartimento Gestioni economiche e finanziarie	UOC Libera professione																	
15	Dipartimento del farmaco	Dipartimento del farmaco	Attività di addestramento all'utilizzo di particolari ed innovativi strumenti o presidi svolta dagli specialisti di prodotto (Specialist)	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Meini Barbara	MEDIO/BASSO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Misura di regolamentazione	Stesura del regolamento per l'informazione medico-scientifica e per l'accesso degli specialist in azienda	Compilazione dei format allegati al regolamento	12 mesi	Barbara Meini	Verifica adozione di un Regolamento	1	Annuale
												Misura di disciplina del conflitto di interessi	Aggiornamento annuale in materia di conflitto d'interesse	Corso di aggiornamento organizzati annualmente dall'Azienda	12 mesi	Fabiola Del Santo	Percentuale di operatori coinvolti che partecipano ai corsi aziendali	90	Annuale

N.	MACRO-STRUTTURA	STRUTTURA (UOC, UOSD, UF)	IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO	AREA DI RISCHIO	RESPONSABILE DEL PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO INERENTE	AMPIEZZA E QUALITÀ DEI CONTROLLI INTERNI: Nelle varie indicazioni che disciplinano il processo (es. regolamenti, procedure interne, istruzioni operative), sono individuate misure di controllo relative al buon esito del processo?	GRADO DI AUTOMAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI: Qual'è la tipologia di controllo?	LIVELLO DI CENTRALIZZAZIONE DEI CONTROLLI: Qual'è il livello di complessità del controllo (relativo al grado di interrelazione con le altre strutture dell'Ente)? Il controllo è oggettivo o prevede una valutazione da parte del control owner?	LIVELLO DI ATTUAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI E CENTRALIZZATI: Qual'è il livello di attuazione dei controlli e da quanto tempo sono stati attuati?	IDONEITÀ DEI CONTROLLI PER VALUTAZIONE RISCHIO RESIDUO	Misure individuate	DESCRIVI CON ACCURATEZZA IN COSA CONSISTE LA MISURA	DESCRIVI LE FASI (E/O MODALITÀ) CON CUI VERRÀ ATTUATA AL FINE DI INCIDERE SUI FATTORI AMBIENTALI DEL RISCHIO	DESCRIVI I TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLA MISURA	RESPONSABILE DELLA MISURA	INDICATORI DI MONITORAGGIO	TARGET VALORE ATTESO	TRASMISSIONE AD INTERNAL AUDIT DEGLI ESITI DEL MONITORAGGIO
16	Dipartimento del farmaco	Dipartimento del farmaco	Attività degli informatori medico scientifici (IMS) presso i presidi dell'Azienda	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Meini Barbara	MEDIO/BASSO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Misura di regolamentazione	Stesura del regolamento per l'informazione medico-scientifica e per l'accesso degli specialist in azienda	Compilazione dei format allegati al regolamento	12 MESI	Barbara Meini	Verifica adozione di un Regolamento	1	Annuale
												Misura di disciplina del conflitto di interessi	Aggiornamento annuale in materia di conflitto d'interesse	Corso di aggiornamento organizzati annualmente dall'Azienda	12	Silvano Giorgi	Percentuale di operatori coinvolti che partecipano ai corsi aziendali	90	Annuale
17	Dipartimento del farmaco	UOC Farmaceutica Territoriale - Area provinciale Aretina	Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI	Roghi Alessandra	MEDIO/ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Misura di formazione	Organizzazione di almeno una riunione di formazione inerente il processo in oggetto rivolta al personale amministrativo e ai farmacisti coinvolti nel processo.	Organizzazione di riunione in video-conferenza per l'anno 2024.	Riunione da organizzarsi entro 31 Marzo 2024	Alessandra Roghi	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	Almeno 6 partecipanti	Annuale
18	Staff Direzione Sanitaria	UOC Governo appropriatezza delle risposte sanitarie e tempi di attesa	Percorso assistenziale ambulatoriale	LISTE DI ATTESA	Auteri Gianfranco	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Misura di controllo	Produzione di report con valutazione dell'efficacia delle azioni correttive attuate	Produzione report	Quindicinale	Direttore UOC governo appropriatezza risposte sanitarie e tempi d'attesa	produzione report	1	Annuale
19	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Rimborsi per trapianti fuori Regione	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Dott.ssa Angela Verzichelli	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Adeguito	Misura di formazione	CONOSCENZA DELLA NORMATIVA REGIONALE DI RIFERIMENTO, DELLE PROCEDURE AZIENDALI APPLICATIVE E DELLE VARIE INDICAZIONI REGIONALI DI APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA (SI SONO VERIFICATE NEGLI ANNI ALCUNE SITUAZIONI PARTICOLARI PER CUI E' STATO RICHIESTO ALLA REGIONE PARERI INTERPRETATIVI)	CORSI ON-LINE PER UNIFORMARE ANCHE A LIVELLO AZIENDALE LE PROCEDURE INTERNE E CONDIVIDERE LE TEMATICHE PARTICOLARI RILEVATE NEGLI ANNI	CORSO DI 1 GIORNO	Verzichelli Angela	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	ALMENO UN RAPPRESENTANZE PER OGNI ZONA	Annuale

Allegato 7 - Mappatura 38 processi anno 2024 - sezione Anticorruzione PIAO 2025-2027																			
N.	MACRO-STRUTTURA	STRUTTURA (UOC, UOSD, UF)	IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO	AREA DI RISCHIO	RESPONSABILE DEL PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO INERENTE	AMPIEZZA E QUALITÀ DEI CONTROLLI INTERNI: Nelle varie indicazioni che disciplinano il processo (es. regolamenti, procedureinterne, istruzioni operative), sono individuate misure di controllo relative al buon esito del processo?	GRADO DI AUTOMAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI: Qual'è la tipologia di controllo?	LIVELLO DI CENTRALIZZAZIONE DEI CONTROLLI: Qual'è il livello di complessità del controllo (relativo al grado di interrelazione con le altre strutture dell'Ente)? Il controllo è oggettivo o prevede una valutazione da parte del control owner?	LIVELLO DI ATTUAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI E CENTRALIZZATI: Qual'è il livello di attuazione dei controlli e da quanto tempo sono stati attuati?	IDONEITÀ DEI CONTROLLI PER VALUTAZIONE RISCHIO RESIDUO	Misure individuate	DESCRIVI CON ACCURATEZZA IN COSA CONSISTE LA MISURA	DESCRIVI LE FASI (E/O MODALITÀ) CON CUI VERRÀ ATTUATA AL FINE DI INCIDERE SUI FATTORI AMBIENTALI DEL RISCHIO	DESCRIVI I TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLA MISURA	RESPONSABILE DELLA MISURA	INDICATORI DI MONITORAGGIO	TARGET VALORE ATTESO	TRASMISSIONE AD INTERNAL AUDIT DEGLI ESITI DEL MONITORAGGIO
20	Dipartimento Emergenza urgenza	Dipartimento Emergenza urgenza	Modalità di assegnazione del servizio di trasporto urgente dalle Centrali operative di II° livello alle A.V./C.R.I.	CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Mauro Breggia	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Misura di controllo	La Legge Regionale 83/2019 ex art.10 è stata istituita la Commissione di Vigilanza e Controllo a cui compete l'attività di vigilanza e controllo che verifica il rispetto degli obblighi e dei requisiti al fine del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario di soccorso e dell'autorizzazione alla messa in esercizio di nuovi mezzi di soccorso Per assegnazione trasporti dal territorio la A.V/CRl interessata, a seguito dell'espletamento del servizio, provvede ad inserire nel sistema informatizzato Emmaweb, tutti i dati utili alla rendicontazione che verranno inseriti dal personale amministrativo in dotazione alle Centraliei Operative di Il livello verificata la congruità dei dati inseriti, provvedendo alla archiviazione della missione per la successiva rendicontazione economica. Il personale Amministrativo dell'Ufficio Trasporti sanitari invia la distinta mensile elaborata su sistema informatizzato Rita dei servizi effettuati da trasmettere ai Direttori dei Presidi, DS e al Comitato di Coordinamneto per il trasporto sanitariodi emergenza urgenza per il monitoraggio dell'applicazione della procedura.	La Commisione di Vigilanza e controllo verifica, almeno con cadenza biennale, il rispetto degli obblighi e la permanenza del possesso dei requisiti, con metodo a campione su una percentuale non inferiore al 30 per cento dei soggetti che operano nel territorio di competenza. Qualora riscontri difformità e violazioni, avvia il procedimento sanzionatorio. Entro il 31 gennaio di ogni anno, l'Azienda Usl provvede a pubblicare sul sito istituzionale della Regione l'elenco aggiornato dei mezzi di soccorso di pertinenza di ciascun soggetto operante nel proprio territorio. L'esercizio dell'attività di trasporto senza autorizzazioni comportano sanzioni amministrative che variano a seconda dell'ilecito amministrativo (da sanzione pecunaria alla revoca dell'autorizzazione). Per quanto riguarda l'assegnazione dei trasporti dal territorio la A.V/CRl interessata, a seguito dell'espletamento del servizio, provvede ad inserire nel sistema informatizzato Emmaweb, tutti i dati utili alla rendicontazione che verranno inseriti dal personale amministrativo in dotazione alle Centraliei Operative di Il livello verificata la congruità dei dati inseriti, provvedendo alla archiviazione della missione per la successiva rendicontazione economica. Il personale Amministrativo dell'Ufficio Trasporti sanitari invia la distinta mensile elaborata su sistema informatizzato Rita dei servizi effettuati alla AA.VV./C.R.I le quali verificano la corrispondenza dei dati inseriti nella procedura informatizzata rispetto ai servizi effettivamente svolti. Per le dimissioni e i trasferimenti da P.O qualora il personale volontario i, il personale della Centrale Operativa di Il livello o il personale sanitario di Azienda Usl Toscana Sud Est rilevano richieste inappropriate di trasporto in dimissione, al fine di garantire il corretto utilizzo dei mezzi, utilizzano la specifica scheda per segnalare la criticità rilevata e consentire la verifica. Viene poi elaborato mensilmente il report dei trasporti da parte della UOC Strutture Sanitarie pubbliche private ed accreditate e inviato alla ai Direttori di P.O, il Direttario Sanitario e al Comitato di Coordinamenti per il trasporto sanitario di Emergenza Urgenza per il monitoraggio dell'applicazione della procedura.	I tempi dipendono dalla misura attuata. Il report mensile per le dimissioni e i trasferimenti: entro il giorno 5 del mese successivo al mese di riferimento. Il controllo della Commissione di Vigilanza e Controllo massimo ogni due anni Per assegnazione trasporto dei territorio la rendicontazione viene fatta mensilmente. C'è una misura di controllo quotidiano degli Operatori della Centrale Operativa di Il livello, i dipendenti assegnati alla UOC ufficio Trasporti, il Direttore del Dipartimento Emergenza Urgenza.	Breggia Mauro	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	12	Semestrale
												Misura di trasparenza	Pubblicazione Procedure e Istruzioni Operative. Leggi adottate dalla Regione Toscana che regolano il servizio, la definizione e l'inserimento delle Associazioni nell'AlboRegionale. Protocolli interni. Pubblicazione Report mensili. Riunioni mensili Tavolo di coordinamento delle associazioni Provinciale e Aziendale. Tra queste: PTI - DEUR- 001: Trasporti sanitari d'urgenza: Dimissioni e Trasferimenti da Ospedale Legge Regionale 83/2019 Legge Regionale 70/2010 Legge Regionale 40/2005	Per quanto riguarda l'assegnazione dei trasporti dal territorio la A.V/CRl interessata, a seguito dell'espletamento del servizio, provvede ad inserire nel sistema informatizzato Emmaweb, tutti i dati utili alla rendicontazione che verranno inseriti dal personale amministrativo in dotazione alle Centraliei Operative di Il livello verificata la congruità dei dati inseriti, provvedendo alla archiviazione della missione per la successiva rendicontazione economica. Il personale Amministrativo dell'Ufficio Trasporti sanitari invia la distinta mensile elaborata su sistema informatizzato Rita dei servizi effettuati alla AA.VV./C.R.I le quali verificano la corrispondenza dei dati inseriti nella procedura informatizzata rispetto ai servizi effettivamente svolti. Per le dimissioni e i trasferimenti da P.O qualora il personale della Centrale Operativa di Il livello elabora mensilmente il report dei trasporti da parte della UOC Strutture Sanitarie pubbliche private ed accreditate e inviato alla ai Direttori di P.O, il Direttario Sanitario e al Comitato di Coordinamenti per il trasporto sanitario di Emergenza Urgenza per il monitoraggio dell'applicazione della procedura.	Variabile	Pubblicazione documento finale Diffusione documento finale Convegni, riunioni o altre iniziative simili per diffondere gli esiti del processo	12 12 12	Trimestrale Trimestrale Trimestrale	
												Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Condivisione Regolamento conflitto di Interessi, condivisione Codice di Comportamento Pubblico Impiego, condivisione Legge Regionale e Procedure Aziendali	Condivisione Regolamento conflitto di Interessi, condivisione Codice di Comportamento Pubblico Impiego, condivisione Legge Regionale e Procedure Aziendali	Riunioni mensili	Breggia Mauro	Incontri effettuati in materia Comunicazioni effettuate in materia	6 6	Annuale Annuale
												Misura di regolamentazione	Procedure e Regolamenti che regolano i servizi Modalità di assegnazione del servizio di trasporto urgente dalle Centrali operative di II° livello alle A.V./C.R.I.. Pubblicazione delle Procedura e Regolamenti nell'Intranet Aziendale e nell'Albo Regionale	Incontri con il gruppo di lavoro composto dai soggetti coinvolti nel processo al fine di redigere Regolamenti e Procedure	Variabile	Breggia Mauro	Verifica adozione di un Regolamento Verifica adozione di una procedura Verifica aggiornamento di un Regolamento Verifica aggiornamento di una procedura	10 10 1 3	Semestrale Semestrale Annuale Semestrale
												Misura di formazione	Formazione die personale delle Centrale Operativa di Il livello con corsi di formazione e tutoraggio	Formazione die personale delle Centrale Operativa di Il livello con corsi di formazione e tutoraggio	2/3 mesi	Breggia Mauro	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati Risultanze sulle verifiche di apprendimento	gli operatori coinvolti nel servizio 6	Semestrale Semestrale
												Misura di segnalazione e protezione	Per le dimissioni e i trasferimenti da P.O qualora il personale volontario i, il personale della Centrale Operativa di Il livello o il personale sanitario di Azienda Usl Toscana Sud Est rilevano richieste inappropriate di trasporto in dimissione, al fine di garantire il corretto utilizzo dei mezzi, utilizzano la specifica scheda per segnalare la criticità rilevata e consentire la verifica. Viene poi elaborato mensilmente il report dei trasporti da parte della UOC Strutture Sanitarie pubbliche private ed accreditate e inviato alla ai Direttori di P.O, il Direttario Sanitario e al Comitato di Coordinamenti per il trasporto sanitario di Emergenza Urgenza per il monitoraggio dell'applicazione della procedura.	Compilazione della scheda di segnalazione	Report mensile	Breggia Mauro	Presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti	1	Trimestrale

N.	MACRO-STRUTTURA	STRUTTURA (UOC, UOSD, UF)	IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO	AREA DI RISCHIO	RESPONSABILE DEL PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO INERENTE	AMPIEZZA E QUALITÀ DEI CONTROLLI INTERNI: Nelle varie indicazioni che disciplinano il processo (es. regolamenti, procedure interne, istruzioni operative), sono individuate misure di controllo relative al buon esito del processo?	GRADO DI AUTOMAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI: Qual'è la tipologia di controllo?	LIVELLO DI CENTRALIZZAZIONE DEI CONTROLLI: Qual'è il livello di complessità del controllo (relativo al grado di interrelazione con le altre strutture dell'Ente)? Il controllo è oggettivo o prevede una valutazione da parte del control owner?	LIVELLO DI ATTUAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI E CENTRALIZZATI: Qual'è il livello di attuazione dei controlli e da quanto tempo sono stati attuati?	IDONEITÀ DEI CONTROLLI PER VALUTAZIONE RISCHIO RESIDUO	Misure individuate	DESCRIVI CON ACCURATEZZA IN COSA CONSISTE LA MISURA	DESCRIVI LE FASI (E/O MODALITÀ) CON CUI VERRÀ ATTUATA AL FINE DI INCIDERE SUI FATTORI AMBIENTALI DEL RISCHIO	DESCRIVI I TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLA MISURA	RESPONSABILE DELLA MISURA	INDICATORI DI MONITORAGGIO	TARGET VALORE ATTESO	TRASMISSIONE AD INTERNAL AUDIT DEGLI ESITI DEL MONITORAGGIO
21	Dipartimento Gestione amministra-tiva zone-di-stretto, presi-di ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministra-tiva zone-di-stretto, presi-di ospedalieri, dipartimenti sanitari	Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Verzichelli Angela	MEDIO/ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo manuale	Ci sono solo controlli occasionali	Controlli sistematici	Adeguito	Misura di regolamentazione	La Delibera del Dott.Desideri n. N° 152 DEL 07/02/2019 " AP-PROVAZIONE SCHEMI DI CONVENZIONE TRA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST E SOGGETTI OSPITANTI PER INSERIMENTI LAVORATIVI SOCIO ASSISTENZIALI, PROGETTI INDIVIDUALIZZATI DI RIABILITAZIONE E PROTOCOLLO D'INTESA PER INSERIMENTI SOCIO TERAPEUTICI." disciplina solo lo schema di Convenzione che si deve stipulare tra l'azienda ospitante l'utente del DSM che svolge un progetto individualizzato di riabilitazione e riceve un contributo di 3 € l'ora dalla usl, e il distretto inviante. Manca un regolamento che disciplini l'iter delle fasi /passaggi della fase prodromica alla predisposizione della determina che autorizza l inserimento e la spesa del contributo e manca una procedura di evidenza pubblica di selezione delle aziende che possono ospitare gli utenti del DSM.	- la selezione delle aziende ospitanti dovrà avvenire con una procedura di evidenza pubblica, tramite un avviso pubblico per manifestazione di interesse - a scadenza o sempre aperto- finalizzata alla creazione di un elenco di aziende disponibili ad accogliere gli utenti del DSM. Successivamente si stipulerà una convenzione con ogni azienda ammessa all'elenco , stabilendo il numero massimo di utenti che possono accedervi. - la predisposizione di un regolamento che dovrà prevedere un modello di istanza di inserimento in azienda per lo svolgimento di un progetto individualizzato di riabilitazione con il riconoscimento all'utente di un contributo nell'ammontare di 3 € l'ora a carico del Distretto inviante. L'istanza dovrà essere predisposta dal case manager del DSM adulti, assistente sociale o psichiatra , firmata dal responsabile dell'UFSMA , indirizzata al Direttore del Distretto, che firmandola ne autorizza sia l'inserimento che l'impegno di spesa. Non sarà più necessaria una determina del Direttore del Distretto	Entro ottobre 2024	Verzichelli Angela	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
22	Dipartimento Risorse umane	Dipartimento Risorse umane	Formazione Sponsorizzata	SPONSORIZZAZIONI FORMAZIONE	Bovenga Sergio	MEDIO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Misura di formazione	FORMAZIONE SPECIFICA INTERNA AGLI OPERATORI DELLA U.O.C. SULLA PROCEDURA DI SPONSORIZZAZIONE EVENTI FORMATIVI	ALL'INTERNO DI ALTRO PERCORSO FORMATIVO DIRETTO ALLA CONOSCENZA DELLA PREVENZIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSI	ANNUALE	BOVENGA SERGIO	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	PARTECIPAZIONE DIPENDENTI UOC FORMAZIONE E RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'	Annuale
23	Dipartimento Gestione amministrativa zone-di-stretto, presi-di ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-di-stretto, presi-di ospedalieri, dipartimenti sanitari	Gestione dei contratti di appalto e di co-progettazione di servizi socio sanitari	CONTRATTI PUBBLICI	VERZICHELLI ANGELA	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Misura di regolamentazione	Considerando anche l'interazione con ESTAR, che interviene nelle varie fasi del processo secondo le competenze attribuite dalla normativa e dagli accordi di servizio vigenti, la misura proposta consiste nella formalizzazione delle buone pratiche già in uso mediante la predisposizione e l'adozione di una procedura che disciplini le competenze delle unità organizzative coinvolte nella gestione del processo ed i rapporti conseguenti	- Predisposizione bozza di procedura - Condivisione con le strutture competenti - Adozione della procedura - Diffusione della procedura	Entro il 31/10/2024	Verzichelli Angela	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
24	Dipartimento Affari Generali	UOC Gestione contratti sanitari e farmaceutica	Gestione delle modifiche non sostanziali (ex art. 120, comma 5 del decreto legislativo 36/2023) nella fase di esecuzione dei contratti di fornitura farmaci e beni sanitari	CONTRATTI PUBBLICI	Falco Nicola	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico in minima parte	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Misura di regolamentazione	Redazione di un'istruzione operativa che regoli il processo in tutte le sue fasi	1) Redazione dell'istruzione operativa; 2) Massima diffusione a tutto il personale coinvolto; 3) Esclusione delle richieste non conformi all' i.o. ed indicazione delle corrette fasi da seguire.	entro la fine del 2024	Nicola Falco	Verifica adozione di un'istruzione operativa	100	Annuale
												Misura di formazione	Corso di formazione specifico rivolto ai dipendenti che partecipano alla gestione del contratto come RES, DEC e assistenti	1) Organizzazione del corso; 2) Erogazione del corso; 3) Verifica delle conoscenze acquisite.	entro la fine del 2024	Nicola Falco	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	100%	Annuale
												Misura di sensibilizzazione e partecipazione	Divulgazione dell'istruzione operativa	Pubblicazione sull'Intranet Aziendale	Entro il 2024	Nicola Falco	Pubblicazione dell'istruzione operativa	100	Annuale
25	Dipartimento Risorse umane	UOC Gestione giuridica del personale dipendente	Gestione delle attività di competenza relative agli accordi individuali di lavoro sottoscritti tra il Responsabile e il lavoratore agile	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Franchi Paolo	MEDIO/ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Misura di regolamentazione	Revisione del Regolamento all'esito dell'applicazione	Predisposizione, verifica, adozione, controllo	Brevi	Franceschi Roberto	Verifica adozione di un Regolamento Verifica aggiornamento di un Regolamento	1 1	Annuale Annuale
26	Rete Ospedaliera	Rete Ospedaliera	Gestione del decesso del paziente in reparto	ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO	FORTI MASSIMO	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo automatico in minima parte	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Adeguito	Misura di controllo	Verifica corretta apposizione elenco imprese funebri aggiornate e modulistica specifica per la scelta dell'impresa	Elenco disponibile negli Obitori. DMPO, scelta trasparente dei familiari su modulo cartaceo di cui rimane traccia	Revisione procedura e relativi allegati entro giugno 2024	Forti Massimo	Ispezioni con verbalizzazioni	12	Semestrale
												Misura di trasparenza	Corretta comunicazione delle imprese presenti; non condizionamento nella scelta.	Corretta apposizione elenchi imprese funebri Aggiornamento procedura aziendale	Entro giugno 2024	Forti Massimo	Pubblicazione documento finale Diffusione documento finale	1 1	Semestrale Semestrale
												Misura di regolamentazione	Aggiornamento procedure in essere secondo le novità normative; pubblicazione procedura aziendale unica e aggiornata da cui possono essere declinate istruzioni operative nelle singole strutture	Le DMPO insieme alle Direzioni Infermieristiche e Amministrative con il supporto della Medicina Legale aggiorneranno la procedura aziendale ormai datata	Giugno 2024	Forti Massimo	Verifica adozione di una procedura Verifica aggiornamento di una procedura	1 1	Semestrale Semestrale
												Misura di formazione	Corsi di formazione sul tema dell'anticorruzione e trasparenza cui deve partecipare il personale interessato al presente processo. Eventuali riunioni tematiche nei Comitati di Presidio Ospedaliero per illustrare la procedura aziendale aggiornata	Nel PFA 2024 corso formazione anticorruzione e trasparenza Comitato Presidio ospedaliero	Dicembre 2024	Forti Massimo	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati Risultanze sulle verifiche di apprendimento	almeno 50 ad edizione 1	Annuale Annuale

N.	MACRO-STRUTTURA	STRUTTURA (UOC, UOSD, UF)	IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO	AREA DI RISCHIO	RESPONSABILE DEL PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO INERENTE	AMPIEZZA E QUALITÀ DEI CONTROLLI INTERNI: Nelle varie indicazioni che disciplinano il processo (es. regolamenti, procedure interne, istruzioni operative), sono individuate misure di controllo relative al buon esito del processo?	GRADO DI AUTOMAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI: Qual'è la tipologia di controllo?	LIVELLO DI CENTRALIZZAZIONE DEI CONTROLLI: Qual'è il livello di complessità del controllo (relativo al grado di interrelazione con le altre strutture dell'Ente)? Il controllo è oggettivo o prevede una valutazione da parte del control owner?	LIVELLO DI ATTUAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI E CENTRALIZZATI: Qual'è il livello di attuazione dei controlli e da quanto tempo sono stati attuati?	IDONEITÀ DEI CONTROLLI PER VALUTAZIONE RISCHIO RESIDUO	Misure individuate	DESCRIVI CON ACCURATEZZA IN COSA CONSISTE LA MISURA	DESCRIVI LE FASI (E/O MODALITÀ) CON CUI VERRÀ ATTUATA AL FINE DI INCIDERE SUI FATTORI AMBIENTALI DEL RISCHIO	DESCRIVI I TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLA MISURA	RESPONSABILE DELLA MISURA	INDICATORI DI MONITORAGGIO	TARGET VALORE ATTESO	TRASMISSIONE AD INTERNAL AUDIT DEGLI ESITI DEL MONITORAGGIO
27	Rete Ospedaliera	Rete Ospedaliera	Programmazione Operativa (Chirurgia Elettiva - Produzione Ambulatoriale "Modello Competitivo" - Dimissioni Complesse)	LISTE DI ATTESA	FORTI MASSIMO	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Lo specialista in scienza e coscienza deve attribuire il giusto codice di priorità al soggetto visitato	Visita specialistica da cui ne consegue la proposta di intervento chirurgico con codice di priorità	Settembre 2024	Forti Massimo	Incontri effettuati in materia	3	Annuale
												Misura di formazione	Corretta attribuzione codice priorità per patologia/condizione dell'assistito. Necessità di rendere omogeneo il comportamento di attribuzione della classe di priorità a parità di patologia e condizione clinica del paziente. Riduzione della variabilità soggettiva di assegnazione codice priorità da specialista a specialista	Incontri di Livello Dipartimentale con i Direttori delle U.O afferenti su questo tema	Settembre 2024	Forti Massimo	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati Partecipazione al Comitato di Dipartimento sul tema specifico	100% dei Direttori delle UU.OO. interessate 1	Annuale Annuale
28	Rete Ospedaliera	Rete Ospedaliera	Modalità di gestione "Morgue"	ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO INTRAOSPEDALIERO	FORTI MASSIMO	MEDIO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico in minima parte	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Misura di controllo	Verifica della completezza della documentazione richiesta e rispetto puntuale delle disposizioni ricevute.	Revisione della procedura aziendale gestione morgue e declinazione (se necessaria) in Istruzioni dei singoli Presidi Ospedalieri	In analogia con l'altro processo mappato giugno 2024; le indicazioni potrebbero anche essere contenute in una unica procedura aziendale che contempla i vari scenari possibili (decesso da reparto, intraospedaliero, da porta esterna giudiziaria, da civile abitaione, ecc)	Forti Massimo	Redazione procedura aggiornata di livello aziendale	1	Annuale
29	Dipartimento di Prevenzione	Dipartimento di Prevenzione	Controllo di Unità locale per fini di sanità pubblica	CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	Briganti Giorgio	MEDIO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico in minima parte	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Misura di trasparenza	Per i controlli non derivanti da segnalazione o da programmazione di altro ente o struttura aziendale, la selezione delle Unità Locali da sottoporre a controllo dovrà avvenire con il criterio della casualità, con estrazione da elenco sottoscritto da RUF e DUOP Tecnici della Prevenzione in ambito sanità pubblica. L'estrazione verrà effettuata da RUF, DUOP e Coordinatore dei TdP della UF. Le operazioni di estrazione verranno verbalizzate e al verbale verrà allegato l'elenco delle UL utilizzato per l'estrazione.	Verrà data diffusione ai RUF, ai DUOP ed ai coordinatori dei TdP delle modalità sopra riportate con mail	a partire dalla programmazione dei controlli ufficiali del 2024	Briganti Giorgio	verbale estrazione unità locale	1	Annuale
												Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	All'interno delle riunioni di UF verranno promossi e diffusi regolamenti aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza.	Verrà fatta richiesta ai RUF di inserire nelle riunioni periodiche la diffusione dei regolamenti aziendali in tema di anticorruzione e trasparenza	dal 2024	Briganti Giorgio	Incontri effettuati in materia	1	Annuale
												Misura di disciplina del conflitto di interessi	All'interno delle riunioni di UF verranno promossi e diffusi regolamenti aziendali in tema di prevenzione del conflitto di interessi	Verrà fatta richiesta ai RUF di inserire nelle riunioni periodiche la diffusione dei regolamenti aziendali in tema di prevenzione del conflitto di interessi	dal 2024	Briganti Giorgio	verbale riunione di UF	1	Annuale
30	Dipartimento Gestioni economiche e finanziarie	UOC Libera professione	Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (A1o negoziale e scheda Allegato A)	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	Albiani Maria Teresa	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Misura di formazione	Incontro formativo che coinvolga tutti gli operatori in cui siano esposte le fasi del processo di avvio e modifica libera professione	Incontro formativo	Entro 31/12/2024	Maria Teresa Albiani	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	8	Annuale
31	Dipartimento Servizi Sociali	Dipartimento Servizi Sociali	Attività di vigilanza delle Commissioni Multidisciplinari (ex artt. 20 - 24 L.R.T. n. 41/2005 e smi) sulle Strutture Socio-Sanitarie con autorizzazione al funzionamento	CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	PAJER PAOLO	MEDIO/ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli attivati per la prima volta (report)	Adeguito	Misura di sensibilizzazione e partecipazione	Contatto con i Direttori di Dipartimento sul coinvolgimento dei relativi operatori nei lavori della CM	Invio di mail da parte del Direttore del Dipartimento dei Servizi Sociali	Al bisogno	Dott.ssa Patrizia Castellucci	Previsione di iniziative di sensibilizzazione Previsione di iniziative di partecipazione	1 1	Annuale Annuale
32	Dipartimento C.T.S. del territorio, della fragilità e delle dipendenze	Dipartimento C.T.S. del territorio, della fragilità e delle dipendenze	Gestione del decesso del paziente nel territorio	ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO TERRITORIALE	Anna Beltrano, Roberto Tunilazzi, Alfredo Notargiacomo	ALTO	Si, ma il controllo è insufficiente rispetto alle fasi del processo	Controllo automatico in minima parte	Ci sono solo controlli occasionali	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	Parzialmente adeguato	Misura di controllo	La stesura di una procedura, precisa e puntuale, che individui i responsabili e descriva in maniera puntuale l'intero processo, dalla avvenuta comunicazione del decesso da parte del personale infermieristico al medico di medicina generale o della Continuità Assistenziale fino al rilascio dei documenti agli interessati.	Verrà individuato un gruppo di lavoro di stesura della procedura; verrà effettuata una verifica di tutte le fasi del processo e l'individuazione di eventuali criticità; la procedura prevederà la effettuazione di percorsi di formazione specifica, rivolti al personale addetto, su aspetti concernenti la gestione del processo; la responsabilizzazione di tutto il personale alla gestione del processo;	La procedura dovrà essere realizzata entro il 2024	Anna Beltrano, Roberto Tunilazzi, Alfredo Notargiacomo	Il coordinatore infermieristico effettuerà dei controlli a campione sulla aderenza al processo	5	Annuale
												Misura di trasparenza	rendere accessibile nelle strutture residenziali aziendali l'elenco delle imprese di pompe funebri a cui i familiari del defunto, possono rivolgersi direttamente	Verranno fornite a tutte le strutture residenziali l'elenco delle imprese di pompe funebri che hanno fornito la propria disponibilità	entro il 2024	Anna Beltrano, Roberto Tunilazzi, Alfredo Notargiacomo	Diffusione documento finale	1	Annuale
												Misura di semplificazione	il gruppo di lavoro effettuerà una revisione delle fasi relative alla procedure del decesso semplificandole e regolamentandole in modo coerente	revisione delle fasi individuate; Semplificazione delle regole a cui le singole fasi sono soggette	entro il 2024	Anna Beltrano, Roberto Tunilazzi, Alfredo Notargiacomo	Adozione di disposizioni che sistematizzano i processi	1	Annuale
												Misura Formazione	Verranno effettuati dei corsi di formazione specifici su aspetti concernenti la gestione del processo e rivolti a tutto il personale addetto	Il gruppo di lavoro individuerà i contenuti del corso di formazione rivolto al personale addetto	prevedere almeno due edizioni entro il 2024	Anna Beltrano, Roberto Tunilazzi, Alfredo Notargiacomo	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	70	Annuale
												Misura di disciplina del conflitto di interessi	Sarebbe necessario che gli operatori sanitari presenti nelle strutture aziendali non abbiano interessi privati nelle imprese di pompe funebri. Il gruppo di lavoro verificherà se è normativamente possibile acquisire tale informazione.	Sarebbe necessario che gli operatori sanitari presenti nelle imprese di pompe funebri. Il gruppo di lavoro verificherà se è normativamente possibile acquisire tale informazione.	Entro il 2024	Anna Beltrano, Roberto Tunilazzi, Alfredo Notargiacomo	Presenza di specifici previsioni su casi di conflitto di interessi tipici della struttura	1	Annuale
33	Dipartimento del farmaco	Dipartimento del farmaco	Richiesta latti artificiali presso la neonatologia (1)	CONTRATTI PUBBLICI	Barbara Meini	MEDIO/ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Misura di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari	Procedura di regolamentazione di accesso degli IMS e Specialist alle strutture sanitarie in via di pubblicazione entro fine 2023	Rispetto del regolamento di accesso degli IMS e Specialist alle strutture sanitarie	Entro 31.12.2023	Lacerenza Gianluca	N° di non conformità rilevate/N° totale degli accessi di informatori/Specialist	0	Annuale

N.	MACRO-STRUTTURA	STRUTTURA (UOC, UOSD, UF)	IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO	AREA DI RISCHIO	RESPONSABILE DEL PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO INERENTE	AMPIEZZA E QUALITÀ DEI CONTROLLI INTERNI: Nelle varie indicazioni che disciplinano il processo (es. regolamenti, procedure interne, istruzioni operative), sono individuate misure di controllo relative al buon esito del processo?	GRADO DI AUTOMAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI: Qual'è la tipologia di controllo?	LIVELLO DI CENTRALIZZAZIONE DEI CONTROLLI: Qual'è il livello di complessità del controllo (relativo al grado di interrelazione con le altre strutture dell'Ente)? Il controllo è oggettivo o prevede una valutazione da parte del control owner?	LIVELLO DI ATTUAZIONE DEI CONTROLLI INTERNI E CENTRALIZZATI: Qual'è il livello di attuazione dei controlli e da quanto tempo sono stati attuati?	IDONEITÀ DEI CONTROLLI PER VALUTAZIONE RISCHIO RESIDUO	Misure individuate	DESCRIVI CON ACCURATEZZA IN COSA CONSISTE LA MISURA	DESCRIVI LE FASI (E/O MODALITÀ) CON CUI VERRÀ ATTUATA AL FINE DI INCIDERE SUI FATTORI AMBIENTALI DEL RISCHIO	DESCRIVI I TEMPI DI REALIZZAZIONE DELLA MISURA	RESPONSABILE DELLA MISURA	INDICATORI DI MONITORAGGIO	TARGET VALORE ATTESO	TRASMISSIONE AD INTERNAL AUDIT DEGLI ESITI DEL MONITORAGGIO	
34	Dipartimento Servizi Sociali	Dipartimento Servizi Sociali	Processo di erogazione dei voucher di libera scelta delle RSA	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Nencioni Stefania	ALTO	Sì, ma il controllo è insufficiente rispetto alle fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli sporadici e discrezionali	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	Adeguito	Misura di controllo	Riunioni bimestrali del GdL permanente aziendale per il monitoraggio del Regolamento di cui alla Del. DG 469/23, con analisi sistematica dei dati presenti nell'applicativo aziendale SUALP995. Il GdL sarà composto da rappresentanti di tutte le Zone e di ciascuna figura professionale coinvolta nel processo. Analisi criticità di attuazione. Analisi completezza della documentazione. Rilevazione incongruenze tra motivazioni professionali e decisioni.	1) Riunioni bimestrali GdL. 2) Interventi formativi sulla valutazione multiprofessionale. 3) Interventi formativi sulla redazione della documentazione. 4) Audit	1) bimestrali 2) primo trimestre 2023 3) periodici sulla base delle criticità emerse 4) periodici presso le Zone	Nencioni Stefania	Audit aziendali in GdL aziendale e in UVMzonali	6	Annuale	
												Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Interventi formativi per componenti equipe multidisciplinari di Zona ed UVM. Circolari Direttore Servizi Sociali su corretto impiego strumenti di valutazione.	Analisi criticità in sede di incontri GdL permanente aziendale. Elaborazione circolari DSS di indirizzo e interpretative su proposta del GdL. Progettazione interventi formativi con impostazione casi di analisi e studio basati sulle criticità emerse.	Interventi formativi: 1 entro il primo trimestre 2023 e successivi in base alle criticità emerse nel corso dell'anno. Circolari: in base alle criticità emerse nel corso dell'anno.		Nencioni Stefania	Incontri effettuati in materia Comunicazioni effettuate in materia	1 1	Annuale Annuale
												Misura di formazione	N. 3 edizioni contigue di n. 8 ore coinvolgenti assistenti sociali aziendali, SdS e comunali, infermieri, medici CP e specialisti competenti della valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente nel contesto ndelle equipe zonali e nel contesto delle UVM zonali.	Formazione teorica sugli strumenti valutazione della persona non autosufficiente, con particolare attenzione alle criticità emerse in sede di audit. Valutazione multiprofessionale in equipe virtuali di casi di studio; elaborazione PAP in sede di UVM virtuali; inserimento in lista di priorità dei casi di studio per confronto esiti di attribuzione punteggi. Analisi e conclusioni. Valutazione di necessità di emanazione di circolari interpretative alla luce delle conclusioni emerse dall'intervento formativo.	Intervento formativo: entro I trimestre 2024. Eventuali successivi sulla base delle criticità emerse nel contesto degli incontri del GdL permanente aziendale per il monitoraggio del Regolamento.		Nencioni Stefania	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	200	Annuale
35	Dipartimento Professioni Infermieristiche ed Ostetriche	Dipartimento Professioni Infermieristiche ed Ostetriche	Richiesta latt artificiali presso la neonatologia (2)	CONTRATTI PUBBLICI	Agostinelli Vianella	MEDIO/ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	Controllo automatico in minima parte	No, non ci sono controlli	Controlli non effettuati	Parzialmente adeguato	Misura di controllo	1- Attivazione procedura aziendale conchecklist 2 - Acquisizione della gara regionale con latte di formula 3 - Controllo da parte dell'infermiere coordinatore e del responsabile di struttura dell'ordine di latte di formula con un sistema di rotazione tra le ditte disponibili vincitrici di gara regionale 4 - Verifica possibili modifiche procedura di magazzino Estar	Acquisizione dell'esito della gara regionale sul latte di formula. Pianificare una rotazione annuale equamente distribuita tra il latte disponibile in gara. Verifica periodica dell'applicazione della rotazione	6 mesi	Andrea Minucci	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	2	Annuale	
36	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi in strutture convenzionate con SSN (parte amministrativa)	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Verzichelli Angela	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Misura di controllo	In relazione agli inserimenti socio terapeutici e riabilitativi presso Strutture Convenzionate, l'Azienda USL TSE ha pubblicato in data 21/01/2020 sulla intranet aziendale il regolamento del 16/11/2019 avente per oggetto: "Modalità di inserimento di utenti in carico ai servizi della Salute Mentale (adulti e minori) presso strutture residenziali e semiresidenziali diverse da quelle a gestione diretta DSM", risulterebbe pertanto da aggiornare ed integrare il suddetto regolamento anche alla luce della nuova procedura in fase di approvazione denominata: "Procedura per l'autorizzazione e il monitoraggio degli inserimenti in Comunità terapeutiche riabilitative non a gestione diretta della Azienda USL TSE di utenti in carico al SerD".	Le Strutture interessate presenti nel territorio delle varie Zone/Distretto dovranno sottoscrivere una convenzione con l'Azienda USL Toscana Sud Est per gli inserimenti socio terapeutici e riabilitativi. Le suddette dovranno soddisfare tutti i requisiti richiesti dalla normativa regionale in fatto di autorizzazione e accreditamento. L'istanza necessaria all'inserimento in Struttura dovrà essere predisposta dal case manager del DSM/SERD, assistente sociale o psichiatra, firmata dal responsabile UU.FF., indirizzata al Direttore di Zona/Distretto, che firmandola ne autorizza sia l'inserimento che l'impegno di spesa.	Entro l'anno 2024.	Verzichelli Angela	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	4	Trimestrale	
37	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi in strutture NON convenzionate con SSN (parte amministrativa)	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO	Verzichelli Angela	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Misura di controllo	Il Regolamento di attuazione della Legge R.T. n.51 del 05/08/2009 e ss.mm.ii. che ha per oggetto "Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento" risulta essere la normativa regionale alla base del sistema di accreditamento di qualsiasi struttura sanitaria che si voglia convenzionare con le Aziende UU.SS.LL. Al fine di evitare la discrezionalità nella scelta delle strutture non convenzionate, si rende necessario la stesura di un regolamento finalizzato alla predisposizione di una manifestazione di interesse volta a creare un albo contenente le strutture idonee e disponibili ad eventuali accordi con l'Azienda USL TSE, per effettuare inserimenti socio terapeutici e riabilitativi in favore di utenti DSM, SERD e disabili.	La selezione delle Strutture ospitanti dovrà avvenire con una procedura di evidenza pubblica, tramite un avviso pubblico per manifestazione di interesse, - a scadenza o sempre aperto - finalizzata alla creazione di un elenco di strutture disponibili ad accogliere gli utenti del DSM/ SERD/disabili. Successivamente verrà stipulata una convenzione con la Struttura più idonea presente nell'elenco. L'istanza dovrà essere predisposta dal case manager del DSM/SERD, assistente sociale o psichiatra, firmata dal responsabile UU.FF., indirizzata al Direttore di Zona/Distretto, che firmandola ne autorizza sia l'inserimento che l'impegno di spesa.	Entro l'anno 2024.	Verzichelli Angela	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	4	Trimestrale	
38	Dipartimento Risorse Umane	UOC Programmazione e reclutamento del personale	Nomina Membri OIV	INCARICHI E NOMINE	Paolo Franchi	ALTO	No, non ci sono misure di controllo interno	Controllo manuale	No, non ci sono controlli	Controlli non effettuati	Non adeguato/assente	Misura di regolamentazione	Produzione di una istruzione operativa per formare gli operatori che svolgono il processo sull'attuazione delle varie fasi	Creazione di una istruzione operativa prima dell'avvio del processo	Prima dell'avvio del prossimo processo di nomina dei componenti OIV, esclusi quelli in corso, che si stima saranno nel corso dell'anno 2025	Paolo Franchi	Verifica adozione di una istruzione operativa	1	Annuale	

All. 8 - Misure non attuate processi anno 2024 - sezione Anticorruzione PIAO 2025-2027									
N.	ANNO	MACROSTRUTTURA	STRUTTURA (UOC, UOSD, UF)	IDENTIFICAZIONE DEL PROCESSO	AREA DI RISCHIO	RESPONSABILE DEL PROCESSO	MISURE INDIVIDUATE	ATTUAZIONE MISURA	MOTIVAZIONE MANCATA ATTUAZIONE
1	2024	Dipartimento Affari Generali	UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Verifica delle fatturazioni relative ai trasporti sanitari di urgenza	controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Lucaroni Elisabetta	Misura di controllo	SI	
							Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	SI	
2	2024	Dipartimento Affari Generali	UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Modalità di reclutamento forniture privato accreditato	rapporti contrattuali con privati accreditati	Lucaroni Elisabetta	Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	SI	
							Misura di formazione	SI	
							Misura di disciplina del conflitto di interessi	SI	
3	2024	Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	Modalità di autorizzazione dei subappalti	contratti pubblici	Ing. Riccardo Antonelli	Misura di formazione	SI	
4	2024	Dipartimento Risorse umane	UOC Gestione giuridica del personale dipendente	Gestione delle anomalie nella rilevazione delle presenze	acquisizione e gestione del personale	Roberto Franceschi	Misura di regolamentazione	SI	
5	2024	Staff Direzione Aziendale	UOC Affari legali	Processo di assegnazione ai legali esterni	Affari legali e contenzioso	Bibolotti Giovanni	Misura di controllo	SI	
							Misura di formazione	SI	
6	2024	Dipartimento Affari Generali	UOC Gestione contratti non sanitari e logistica aziendale	Gestione delle modifiche non sostanziali (ex art. 120, comma 5 del decreto legislativo 36/2023) nella fase di esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi non sanitari	contratti pubblici	Nicola Falco	Misura di regolamentazione	SI	
							Misura di formazione	SI	
							Misura di sensibilizzazione e partecipazione	SI	

7	2024	Dipartimento di Prevenzione	UF Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare - Zona-Distretto Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana	Rilascio di certificazioni/autorizzazioni in attività effettuate dal dipartimento di prevenzione in tema di sicurezza alimentare	controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	giorgio briganti	Misura di formazione	SI	
							Misura di rotazione	SI	
8	2024	Dipartimento Professioni Infermieristiche ed Ostetriche	Dipartimento Professioni Infermieristiche ed Ostetriche	Modalità di reclutamento del personale per effettuazione prestazioni aggiuntive	acquisizione e gestione del personale	Agostinelli Vianella	Misura di rotazione	SI	
9	2024	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	UOC Direzione amministrativa dipartimento prevenzione	Gestione riscossione delle tariffe ex DLGS 32/2021	gestione entrate	Silvia Zanchi	Misura di controllo	SI	
							Misura di sensibilizzazione e partecipazione		
10	2024	Staff Direzione Aziendale	UOC Contenzioso stragiudiziale	Risarcimento extra giudiziale	Affari legali e contezioso	Bibolotti Giovanni	Misura di controllo	SI	
							Misura di formazione	SI	
11	2024	Dipartimento Affari Generali	UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Verifica delle fatturazioni relative ai trasporti sanitari ordinari	controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Lucaroni Elisabetta	Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	SI	
							Misura di formazione	NO	attuazione parziale, formata 1 sola unita' rispetto al numero inizialmente previsto
							Misura di disciplina del conflitto di interessi	SI	
12	2024	Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	Gestione delle modifiche non sostanziali (ex art. 120, comma 5 del decreto legislativo 36/2023) nella fase di esecuzione dei contratti relativi ai lavori pubblici	contratti pubblici	Ing. Riccardo Antonelli	Misura di formazione	SI	
13	2024	Dipartimento Gestioni economiche e finanziarie	UOC Bilancio	Gestione accettazione delle donazioni	donazioni	Di Luigi Carmela	Misura di trasparenza	SI	

14	2024	Dipartimento Gestioni economiche e finanziarie Dipartimento Gestioni economiche e finanziarie	UOC Gestione fornitori UOC Libera professione	Verifica mancata presentazione di utenti a visita	attività libero professionale	Brachini Monica	Misura di regolamentazione	SI	
15	2024	Dipartimento del farmaco	Dipartimento del farmaco	Attività di addestramento all'utilizzo di particolari ed innovativi strumenti o presidi svolta dagli specialisti di prodotto (Specialist)	farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Meini Barbara	Misura di regolamentazione	SI	
							Misura di disciplina del conflitto di interessi	SI	
16	2024	Dipartimento del farmaco	Dipartimento del farmaco	Attività degli informatori medico scientifici (IMS) presso i presidi dell'Azienda	farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Meini Barbara	Misura di regolamentazione	SI	
							Misura di disciplina del conflitto di interessi	SI	
17	2024	Dipartimento del farmaco	UOC Farmaceutica Territoriale - Area provinciale Aretina	Riconoscimento del diritto all'indennità di residenza a favore delle farmacie rurali	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Roghi Alessandra	Misura di formazione	SI	
18	2024	Staff Direzione Sanitaria	UOC Governo appropriatezza delle risposte sanitarie e tempi di attesa	Percorso assistenziale ambulatoriale	Liste di attesa	Autieri Gianfranco	Misura di controllo	SI	
19	2024	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Rimborsi per trapianti fuori Regione	provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Angela Verzichelli	Misura di formazione	SI	

20	2024	Dipartimento Emergenza urgenza	Dipartimento Emergenza urgenza	Modalità di assegnazione del servizio di trasporto urgente dalle Centrali operative di II° livello alle A.V./C.R.I.	controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Mauro Breggia	Misura di controllo	SI	
							Misura di trasparenza	NO	dalla rendicontazione non risulta la pubblicazione di procedura e la relativa diffusione in riunioni/convegni o iniziative similari
							Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	SI	
							Misura di regolamentazione	SI	
							Misura di formazione	NO	non attuata in quanto non di competenza per motivi organizzativi
							Misura di segnalazione e protezione	SI	

21	2024	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Sussidi-contributi economici per utenti della UF Salute Mentale	provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Verzichelli Angela	Misura di regolamentazione	SI	
22	2024	Dipartimento Risorse umane	Dipartimento Risorse umane	Formazione Sponsorizzata	sponsorizzazioni formazione	Bovenga Sergio	Misura di formazione	SI	
23	2024	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Gestione dei contratti di appalto e di co-progettazione di servizi socio sanitari	contratti pubblici	Verzichelli Angela	Misura di regolamentazione	NO	non attuata a causa di diverso assetto organizzativo
24	2024	Dipartimento Affari Generali	UOC Gestione contratti sanitari e farmaceutica	Gestione delle modifiche non sostanziali (ex art. 120, comma 5 del decreto legislativo 36/2023) nella fase di esecuzione dei contratti di fornitura farmaci e beni sanitari	contratti pubblici	Falco Nicola	Misura di regolamentazione	SI	
							Misura di formazione	SI	
							Misura di sensibilizzazione e partecipazione	SI	
25	2024	Dipartimento Risorse umane	UOC Gestione giuridica del personale dipendente	Gestione delle attività di competenza relative agli accordi individuali di lavoro sottoscritti tra il Responsabile e il lavoratore agile	acquisizione e gestione del personale	Franchi Paolo	Misura di regolamentazione	SI	
26	2024	Rete Ospedaliera	Rete Ospedaliera	Gestione del decesso del paziente in reparto	attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Forti Massimo	Misura di controllo	SI	
							Misura di trasparenza	SI	
							Misura di regolamentazione	SI	
							Misura di formazione	SI	
27	2024	Rete Ospedaliera	Rete Ospedaliera	Programmazione Operativa (Chirurgia Elettiva – Produzione Ambulatoriale "Modello Competitivo" - Dimissioni Complesse)	Liste di attesa	Forti Massimo	Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	SI	
							Misura di formazione	SI	

28	2024	Rete Ospedaliera	Rete Ospedaliera	Modalità di gestione "Morgue"	attività conseguenti al decesso intraospedaliero	Forti Massimo	Misura di controllo	SI	
29	2024	Dipartimento di Prevenzione	Dipartimento di Prevenzione	Controllo di Unità locale per fini di sanità pubblica	controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Briganti Giorgio	Misura di trasparenza	SI	
							Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	SI	
							Misura di disciplina del conflitto di interessi	SI	
30	2024	Dipartimento Gestioni economiche e finanziarie	UOC Libera professione	Avvio e modifica attività Libera Professione Intramuraria (A1o negoziale e scheda Allegato A)	attività libero professionale	Albiani Maria Teresa	Misura di formazione	SI	
31	2024	Dipartimento Servizi Sociali	Dipartimento Servizi Sociali	Attività di vigilanza delle Commissioni Multidisciplinari (ex artt. 20 - 24 L.R.T. n. 41/2005 e smi) sulle Strutture Socio-Sanitarie con autorizzazione al funzionamento	controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Pajer Paolo	Misura di sensibilizzazione e partecipazione	SI	
32	2024	Dipartimento C.T.S. del territorio, della fragilità e delle dipendenze	Dipartimento C.T.S. del territorio, della fragilità e delle dipendenze	Gestione del decesso del paziente nel territorio	attività conseguenti al decesso in ambito territoriale	Anna Beltrano, Roberto Turillazzi, Alfredo Notargiacomo	Misura di controllo	SI	
							Misura di trasparenza	SI	
							Misura di semplificazione	SI	
							Misura Formazione	NO	misura ritenuta non più necessaria
							Misura di disciplina del conflitto di interessi	NO	misura da attuare in futuro
33	2024	Dipartimento del farmaco	Dipartimento del farmaco	Richiesta latti artificiali presso la neonatologia (1)	contratti pubblici	Barbara Meini	Misura di regolazione dei rapporti con i rappresentanti di interessi particolari	SI	
34	2024	Dipartimento Servizi Sociali	Dipartimento Servizi Sociali	Processo di erogazione dei voucher di libera scelta delle RSA	provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Nencioni Stefania	Misura di controllo	SI	
							Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	SI	
							Misura di formazione	SI	

35	2024	Dipartimento Professioni Infermieristiche ed Ostetriche	Dipartimento Professioni Infermieristiche ed Ostetriche	Richiesta latti artificiali presso la neonatologia (2)	contratti pubblici	Agostinelli Vianella	Misura di controllo	SI	
36	2024	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi in strutture convenzionate con SSN (parte amministrativa)	provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Verzichelli Angela	Misura di controllo	SI	
37	2024	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi ospedalieri, dipartimenti sanitari	Inserimenti socio terapeutici e riabilitativi in strutture NON convenzionate con SSN (parte amministrativa)	provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Verzichelli Angela	Misura di controllo	SI	
38	2024	Dipartimento Risorse Umane	UOC Programmazione e reclutamento del personale	Nomina Membri OIV	Incarichi e nomine	Paolo Franchi	Misura di regolamentazione	SI	

All. 9 - Mappatura 50 processi anno 2025 - sezione Anticorruzione PIAO 2025-2027																			
ID	Macrostruttura	Struttura	Identificazione processo	Area di rischio	Responsabile del processo	Valutazione del rischio inerente	Ampiezza e qualità dei controlli interni	Grado di automazione dei controlli interni	Livello di centralizzazione dei controlli	Livello di attuazione dei controlli interni e centralizzati	Idoneità dei controlli per valutazione del rischio residuo	Potenziali eventi rischiosi	Misure individuate	Descrivi con accuratezza in cosa consiste la misura	Descrivi le fasi della misura	Descrivi i tempi di realizzazione della misura	Indicatori di monitoraggio	Target valore atteso	Trasmissione ad Internal Audit degli esiti del monitoraggio
1	Dipartimento Affari Generali	UOC Gestione forniture beni e servizi, programmazione e e rapporti con ESTAR	La scelta del RUP negli affidamenti diretti fino a 140.000 euro	Contratti pubblici	Maria Ester Saveri Poggioni Giulia	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Mancate verifiche nella fase di esecuzione dei contratti	Misura di controllo	Nella fase di esecuzione del contratto occorre che le altre strutture aziendali coinvolte nel processo in quanto richiedenti e riceventi il bene o il servizio, partecipino con attenzione alla fase di controllo sulla corretta esecuzione della prestazione nei termini stabiliti nel contratto e comunichino sia la regolarità che eventuali non conformità anche con eventuale produzione di documentazione	PER FORNITURE DI BENI: Richiesta di trasmissione bolle di consegna/DDT per forniture di beni, nonchè verbale di collaudo con esito positivo nel caso di beni inventariabili che richiedono anche un collaudo. PER FORNITURE DI SERVIZI: Richiesta al Referente scientifico/DEC attestazione di regolare svolgimento del servizio (anche per STEP)	PER FORNITURE DI BENI: prima della emissione della distinta di liquidazione della fattura PER FORNITURE DI SERVIZI: prima della emissione della distinta di liquidazione della fattura	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	100	Annuale
2	Dipartimento Affari Generali	UOC Gestione forniture beni e servizi, programmazione e e rapporti con ESTAR	Procedura di deroga al principio di rotazione negli affidamenti sotto i 140.000 euro	Contratti pubblici	Maria Ester Saveri Poggioni Giulia	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Mancate verifiche nella fase di esecuzione dei contratti	Misura di regolamentazione	Applicazione puntuale e diffusione del Regolamento dell'attività contrattuale aziendale e degli allegati, nonchè revisione delle disposizioni ivi contenute alla luce delle variazioni normative e/o organizzative aziendali	Revisione delle disposizioni contenute nel Regolamento dell'attività contrattuale e dei moduli/documenti allegati, con cadenza annuale, a seguito di variazioni normative e/o organizzative aziendali	Cadenza annuale	Verifica aggiornamento di un Regolamento	1	Annuale

													Misura di rotazione	Il nuovo Codice Appalti, D. Lgs.vo 36/2023, definisce con estrema chiarezza in cosa consiste l'applicazione del principio della rotazione nell'art. 49.Tali principi sono stati recepiti nel Regolamento dell'attività contrattuale (Del. DG 1030/2024) ed applicati costantemente nell'attività contrattuale esplicata dalla struttura competente	È consentito derogare all'applicazione del principio di rotazione solo per gli affidamenti diretti di importo inferiore a 5.000 euro. Da tale soglia e fino all'importo di euro 140.000,00 si procede con l'osservanza dell'art. 49 D.L. 36/2023. Con riferimento al comma 4), solo in presenza dei 3 presupposti di seguito elencati, " in casi motivati con riferimento alla struttura del mercato e allaeffettiva assenza di alternative, nonché di accurata esecuzione del precedente contratto", il contraente uscente può essere reinvitato o essere individuato quale affidatario diretto	Dalla fase di avvio dell'istruttoria	Numero di pratiche ruotate su pratiche totali	95	Annuale
3	Dipartimento Affari Generali	AD Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Procedura di reclutamento delle figure tecniche per l'erogazione degli incentivi per i contratti di forniture di beni e servizi di cui all'art. 45 del d.lgs. 36/2023	Contratti pubblici	Nicola Falco	MEDIO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Nomina di soggetti con inadeguata professionalità	Misura di formazione	Formazione del personale che partecipa alla selezione in materia di gestione dei contratti pubblici	Organizzazione di corsi di formazione al personale dipendente	entro il 31/12	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	50	Annuale
4	Dipartimento Affari Generali	AD Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Processo di verifica delle attività svolte dalle figure tecniche sotto la propria responsabilità diretta e personale ai fini dell'erogazione degli incentivi per i contratti di fornitura di beni e servizi di cui all'art. 45 del d.lgs. 36/2023	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Nicola Falco	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Non indicati	Misura di formazione	Formazione del personale addetto alla gestione del processo in materia di gestione di contratti pubblici e anticorruzione	Iscrizione del personale coinvolto a corsi di formazione	entro il 31/12	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	Tutti	Annuale
													Misura di regolamentazio ne	Aggiornamento dei Regolamenti interni e delle Procedure Aziendali	Partecipazione ad eventi formativi a livello regionale e nazionale e confronto con le altre Aziende per migliorare i nostri regolamenti e procedure	entro la fine del 31/12	Verifica aggiornamento di un Regolamento. Verifica aggiornamento di una procedura	Verifica aggiorna mento di una procedura	Annuale

5	Dipartimento Affari Generali	UOC Affari Generali	Valutazione di legittimità in merito alle proposte di attività oggetto di sponsorizzazione e partnership	Sponsorizzazioni	Onofrio Marcello	MEDIO/BASSO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Mancata comunicazioni e del conflitto di interessi	Misura di controllo	Verifica che la dichiarazione di conflitto di interessi sia reale	Controllo sulla dichiarazione effettuata e verifiche conseguenti	Nella fase istruttoria durante i controlli di legittimità precedenti alla stesura della Delibera.	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	2	Annuale
													Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Verifica che i valori inerenti il codice di comportamento aziendale e i vari adeguamenti di natura regolamentare siano rispettati	Nei primi mesi 2025 adeguamento regolamentare con coinvolgimento della fase di promozione dell'etica e degli standard di comportamento.	primi mesi 2025	Incontri effettuati in materia	2	Annuale
													Misura di formazione	Incontro di formazione con esperti in materia per chiarire i dubbi interpretativi della normativa vigente e gli aspetti regolamentari da applicare	Chiarimento sulle giuste interpretazioni alla luce della nuova normativa e del nuovo regolamento che disciplina la materia.	durante l'anno 2025	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	10	Annuale
													Misura di sensibilizzazione e partecipazione	Portare a conoscenza tutti i dipendenti della importanza di una disciplina corretta del rischio anche sul tema delle partner ship	Diffondere l'adeguamento regolamentare e fare corsi di sensibilizzazione e formazione per il personale che lavora e che è interessato alla materia.	durante il 2025 adeguamento regolamentare e effettuazione di un convegno di studi aperto non solo agli addetti ai lavori.	Previsione di iniziative di sensibilizzazione	1	Annuale
													Misura di trasparenza	Verifica che le dichiarazioni inerenti il conflitto di interessi e le altre dichiarazioni previste dalla normativa siano regolarmente compilate e siano chiari i referenti e i ruoli.	In tutte le fasi dell'iter procedurale verranno esaminate la corretta compilazione della dichiarazione di conflitto di interessi e le altre dichiarazioni previste dalla legge.	Nella fase istruttoria durante i controlli di legittimità precedenti alla stesura della Delibera	Convegni, riunioni o altre iniziative simili per diffondere gli esiti del processo	Annuale	Annuale
6	Dipartimento Affari Generali	UOC Logistica e Gestione contratti non sanitari	Assegnazione degli autoveicoli aziendali	Contratti pubblici	Nicola Falco	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo totalmente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Mancanza di regolamentazione o istruzione operativa	Misura di regolamentazione	Aggiornamento del Regolamento e divulgazione	Verifica e aggiornamento del Regolamento aziendale	entro la fine del 31/12	Verifica adozione di un Regolamento	1	Annuale
7	Dipartimento Affari Generali	UOC Logistica e Gestione contratti non sanitari	Espletamento delle gare del sociale dalla programmazione all'esecuzione	Contratti pubblici	Nicola Falco	ALTO	No, non ci sono misure di controllo interno	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Adeguato	Mancata regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	Creazione di una procedura aziendale / istruzione operativa	Redazione di una procedura aziendale / istruzione operativa	entro il 31/12	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
8	Dipartimento Affari Generali	UOC Logistica e Gestione contratti non sanitari	Gestione delle sanzioni amministrative al codice della strada	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Nicola Falco	MEDIO/ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Non indicati	Misura di formazione	Formazione del personale impiegato nel processo	Divulgazione dei regolamenti e della procedura aziendale	entro il 31/12	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	10	Annuale

9	Dipartimento Affari Generali	UOC Logistica e Gestione contratti sanitari e farmaceutica	Adesione alle gare di aggiudicazione ESTAR per i beni farmaceutici	Contratti pubblici	Nicola Falco	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Nomina di soggetti con inadeguata professionalità	Misura di formazione	Formazione sulle fasi del processo	Formazione sulle fasi del processo	Annuale	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	30	Annuale
10	Dipartimento Affari Generali	UOC Logistica e Gestione contratti sanitari e farmaceutica	Liquidazione delle ditte farmaceutiche	Contratti pubblici	Nicola Falco	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente e prevalenti	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Mancate verifiche nella fase di esecuzione dei contratti	Misura di formazione	Formazione sulla gestione del processo di tutte le figure coinvolte	Corsi di formazione sulla gestione del processo	Formazione annuale	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	20	Annuale
11	Dipartimento Affari Generali	UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Processo di individuazione del fabbisogno contrattualizzato dalle strutture private convenzionate	Rapporti contrattuali con privati accreditati	Elisabetta Lucaroni	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Autorizzazione e allo svolgimento di attività da parte del richiedente anche in assenza totale o parziale di requisiti	Misura di controllo	CONTROLLO PERIODICO DEI SEGUENTI ATTI: 1) Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie inerente le prestazioni poste a bando, rilasciato dal Comune territorialmente competente, ai sensi dell'art. 3 della Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51, posseduto alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della Manifestazione di Interesse (Indicare estremi dell'atto, ossia numero e data di adozione, integrando l'informazione richiesta con il documento allegato); 2) Accredito istituzionale inerente le prestazioni poste a bando rilasciato con decreto di Regione Toscana, in corso di validità, ai sensi dell'art. 29 della Legge regionale 5 agosto 2009, n. 51, posseduto alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della Manifestazione di Interesse (Indicare estremi dell'atto, ossia numero e data di adozione, integrando l'informazione richiesta con il documento allegato); 3) Attestazione del possesso dei requisiti previsti dall'Allegato A della Deliberazione Giunta regionale 9 ottobre 2023, n. 1150, come verificato dal Gruppo di Valutazione regionale – Allegare il Rapporto di Verifica Accredito (Informazione richiesta con documentazione allegata);	trasferimento di tutti gli atti presentati dalle strutture private accreditate aderenti agli avvisi pubblici 2025/2027 sulla piattaforma al fresco	entro primo semestre 2025	Ispezioni con verbalizzazioni	4 Ispezioni con verbalizzazioni	Trimestrale
													Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	formazione	effettuazione corsi di formazione per gli operatori coinvolti nel processo	2025	Incontri effettuati in materia	2	Semestrale
													Misura di regolamentazione	PREDISPORRE REVISIONE DELLA PROCEDURA PA-AFG-PAT-003Programmazione, acquisto, controllo amministrativo e autorizzazione al pagamento delle prestazioni private-accreditate	redazione, firma da parte degli attori coinvolti, pubblicazione nel sito aziendale	2025	Verifica adozione di un Regolamento	1	Annuale

													Misura di trasparenza	verificare che tutte le strutture private accreditate siano in possesso dei requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale per erogare prestazioni sanitarie in nome e per conto del ssr	ispezione con verbale	trimestrale	Diffusione documento finale	Trimestrale	1
12	Dipartimento Governo economico e delle Gestioni economiche e finanziarie	UOC Recupero crediti	Recupero coattivo dei crediti	Gestione delle entrate, delle spese/bilancio e del patrimonio	Daniela Pessina	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	Adeguito	Gestione solo parzialmente informatizzata dei crediti	Misura di controllo	attivazione modulo Recupero Crediti CE4RC in procedura Contabilità. Il modulo è volto alla gestione di tutte le attività finalizzate al Recupero dei Crediti	1-attivazione del modulo 2-formazione operatori UOC Recupero Crediti-UOC Gestione Clienti e fiscale-STC 3-utilizzo modulo e conseguente controllo automatico delle fasi del processo	Fase 1: entro aprile 2025 Fase 2: entro settembre 2025 Fase 3: entro ottobre 2025	report di controllo partite gestite in procedura	1	Annuale
													Misura di formazione	formazione agli operatori UOC REcupero Crediti e alle STC su utilizzo modulo CE4RC	definizione calendario eventi formativi su utilizzo modulo CE4RC	ottobre 2025	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	almeno 1 per ciascuna struttura titolare del credito	Annuale
13	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone-Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti Sanitari	UOC Anagrafe sanitaria e controllo esenzioni	Richiesta di codice fiscale per i bambini minori di età presenti sul territorio aziendale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno	Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Monia Petricci	ALTO	No, non ci sono misure di controllo interno	Controllo manuale	Ci sono solo controlli occasionali	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	Parzialmente adeguato	Acquisizione dichiarazioni non veritiere da parte del richiedente che aspira ad un vantaggio	Misura di formazione	corso di formazione sulle modalità di richiesta del codice fiscale per i minori presenti sul territorio non in regola con le norme che disciplinano l'accesso ed il soggiorno in Italia	normativa di riferimento;compilazione del modello anagrafico AA4/8 dell'Agenzia delle Entrate e della relativa lettera di richiesta;scelta del medico e eventuale rilascio esenzione; inserimento note in Adiba;archiviazione della documentazione in Alfresco;studio di casi pratici;	il corso sarà realizzato nel corso dell'anno 2025	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	45	Annuale
14	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone-Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti Sanitari	UOC Anagrafe sanitaria e controllo esenzioni	Rilascio attestati STP ed ENI	Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Monia Petricci	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Acquisizione dichiarazioni non veritiere da parte del richiedente che aspira ad un vantaggio	Misura di formazione	corso di formazione sulle modalità di rilascio del tesserino STP/ENI	normativa di riferimento;verifica dei documenti presentati, ricerca nome e cognome nei vari applicativi anagrafe (APP/ASS, Adiba, Orfea, TS) compilazione dei campi Adiba inserimento note in Adiba;rilascio tesserino e eventuale esenzione X01;studio di casi pratici;monitoraggio STP/ENI, esiti del monitoraggio	primo semestre 2025	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	45	Semestrale

15	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone-Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti Sanitari	UOC Gestione amministrativa - Zona Distretto Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un caregiver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa - Zona Distretto Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Angela Verzichelli	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Adeguito	Mancata regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	redazione procedura Dipartimentale di Erogazione del contributo in oggetto	- Individuazione gruppi di lavoro - Redazione procedura - Verifica della procedura - Approvazione procedura - - Controllo da parte di Area Dipartimentale Qualità e sicurezza delle cure - Adozione procedura	entro l'anno 2025	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
16	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone-Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti Sanitari	UOC Gestione amministrativa - Zona Distretto e Presidio Ospedaliero Colline dell'Albegna	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un caregiver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa - Zona Distretto e Presidio Ospedaliero Colline dell'Albegna	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Dr. Lazzi Paolo, Dirigente Amministrativo UOC Gestione Amministrativa zona distretto e PO Colline dell'Albegna	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Adeguito	Mancata regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	Approvazione procedura operativa dipartimentale	1) Individuazione gruppi di lavoro 2) Redazione procedura 3) Verifica procedura 4) Approvazione procedura con firma degli interessati 5) Controllo Area qualità e sicurezza delle cure 6) Adozione della procedura	entro l'anno 2025	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
17	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone-Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti Sanitari	UOC Gestione amministrativa Zona Distretto e Presidio Ospedaliero Alta Valdelsa	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un caregiver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa Zona Distretto e Presidio Ospedaliero Alta Valdelsa	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Elisabetta Nigi	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Adeguito	Mancata regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	Approvazione di Procedura Operativa Dipartimentale	Individuazione GdL; Redazione della Procedura; Verifica della Procedura; Approvazione Procedura ; Controllo da parte Area Dipartimentale Qualità e Sicurezza delle cure	entro l'anno 2025	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
18	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone-Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti Sanitari	UOC Gestione amministrativa Zona Distretto e Presidio Ospedaliero Amiata Senese, Valdorcia e Valdichiana Senese	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un caregiver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa Zona Distretto e Presidio Ospedaliero Amiata Senese, Valdorcia e Valdichiana Senese	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Valentina Galeotti	ALTO	Sì, ma il controllo è insufficiente rispetto alle fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Adeguito	Mancata regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	Approvazione di procedura operativa Aziendale	- Costituzione di gruppi di lavoro per definire le fasi della procedura - Stesura della procedura	1 anno	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale

19	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone-Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti Sanitari	UOC Gestione amministrativa a Zona Distretto Aretina	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un caregiver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa Zona Distretto Aretina	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per i destinatari o	Elena Reborà	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Adeguate	Mancata regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	adozione di una procedura operativa dipartimentale	Individuazione gruppi di lavoro, redazione ,verifica della procedura e approvazione della procedura. Controllo area Dipartimentale Qualità e Sicurezza delle Cure e adozione finale della procedura	Entro il 2025	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
20	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone-Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti Sanitari	UOC Gestione amministrativa a Zona Distretto e Presidio Ospedaliero Valdarno	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un caregiver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa Zona Distretto e Presidio Ospedaliero Valdarno	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per i destinatari o	Elena Reborà	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Adeguate	Mancata regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	adozione di una procedura operativa dipartimentale	Individuazione gruppi di lavoro, redazione ,verifica della procedura e approvazione della procedura. Controllo area Dipartimentale Qualità e Sicurezza delle Cure e adozione finale della procedura	Entro il 2025	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
21	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone-Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti Sanitari	UOC Gestione amministrativa a Zona Distretto Senese	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un caregiver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa Zona Distretto Senese	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per i destinatari o	Daniela Cresti	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Adeguate	Mancata regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	Approvazione procedura operativa dipartimentale	Individuazione GDL; redazione della procedura; verifica della procedura; approvazione procedura; controllo da parte dell'Area Dipartimentale Qualità e Sicurezza delle cure	entro l'anno 2025	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
22	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone-Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti Sanitari	UOC Gestione amministrativa a Zona Distretto Valdichiana Aretina e SO Cortona	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un caregiver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa Zona Distretto Valdichiana Aretina e SO Cortona	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per i destinatari o	Vannocchi Marisa	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Adeguate	Mancata regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	Adozione di una procedura operativa dipartimentale	Individuazione gruppi di lavoro, redazione ,verifica della procedura e approvazione della procedura. Controllo area Dipartimentale Qualità e Sicurezza delle Cure e adozione finale della procedura	Entro il 2025	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale

23	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone-Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti Sanitari	UOC Gestione amministrativa a Zone Distretto Casentino e Valtiberina e SO Bibbiena e SO Sansepolcro	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un caregiver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa Zone Distretto Casentino e Valtiberina e SO Bibbiena e SO Sansepolcro	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per i destinatari o	Faenzi Daniela	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Adeguito	Mancata regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	adozione di una procedura operativa dipartimentale	individuazione di gruppi di lavoro, redazione, verifica della procedura e approvazione della procedura. controllo area dipartimentale qualità e sicurezza delle cure e adozione finale procedura	Entro il 2025	Verifica adozione di una procedura	1	Annuale
24	Dipartimento Professioni Tecniche Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione	Dipartimento Professioni Tecniche Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione	Processo relativo alla valutazione del conflitto di interessi del personale assegnato	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Daniela Cardelli	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente e prevalenti	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli attivati per la prima volta (report)	Prevalentemente adeguato	Mancata comunicazione e del conflitto di interessi	Misura di controllo	Verifica del rispetto di tutti i provvedimenti prescrittivi in ordine ai conflitti di interesse per i Tecnici della prevenzione addetti a vigilanza e controllo	Individuazione delle attività da sottoporre al controllo. Assegnazione ai TPA delle attività in cui effettuare il controllo	entro luglio 2025	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	9	Annuale
													Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	Incontri specifici nell'ambito delle riunioni di AD PSP	Spiegazione norme e valutazione provvedimenti in maniera massiva	01/07/2025	Incontri effettuati in materia. Comunicazioni effettuate in materia	21	Annuale
													Misura di sensibilizzazione e partecipazione	Incontri all'interno delle riunioni UOP	Normativa di riferimento, obblighi per il dipendente, casistica di conflitti	primo semestre 2025		2	Semestrale
25	Dipartimento Risorse umane	UOC Governo Percorsi amministrativi della formazione	Autorizzazione corsi di formazione individuale	Acquisizione e gestione del Personale	Sergio Bovenga - Stefania Polvani	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Mancata regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	Revisione e aggiornamento delle procedure interne alla UOC Formazione e rapporti con l'Università	Monitoraggio delle incongruenze Analisi delle difformità Proposte di miglioramento Disseminazione tra i portatori di interesse	annuale	Verifica aggiornamento di una procedura	1	Annuale
26	Dipartimento Risorse umane	UOC Governo Percorsi amministrativi della formazione	Reclutamento e assegnazione degli Animatori di formazione alle strutture	Acquisizione e gestione del Personale	Stefania Polvani	MEDIO/BASSO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Molto adeguato	Mancata rotazione del personale	Misura di formazione	Evento formativo dedicato	analisi dei bisogni condivisa con gli Adf, programmazione formazione, realizzazione evento/i formativi e riunioni online, valutazione finale	a cadenza annuale	Risultanze sulle verifiche di apprendimento	1	Annuale

27	Dipartimento Risorse umane	UOC Libera Professione	Procedura per il rilascio dell'autorizzazione allo svolgimento dell'attività lavorativa al di fuori dell'orario di servizio da parte del personale delle professioni sanitarie del comparto sanità di cui alla Legge 43/2006, ai sensi dell'art. 3 quater del decreto legge 127/2021 e s.m.i. e dall'art. 113 del decreto legge 34 del 30 marzo 2023, convertito in legge 56 del 29 maggio 2023	Attività libero profession ale	Brachini Monica	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Mancanza di monitoraggio dell'attività esterna autorizzata nel caso di rischi sopravvenuti	Misura di controllo	Responsabilizzazione del dipendente in relazione alle dichiarazioni (sostitutive dell'atto di notorietà) da rendere sia in fase di presentazione della domanda, sia con cadenza periodica e, cioè, ogni due mesi. Impegno che il dipendente deve dichiarare nella fase di richiesta, a comunicare eventuali situazioni sopravvenute, compreso il conflitto di interesse. Valutazione preliminare dell'istanza presentata dal dipendente da parte del direttore della UO di appartenenza e del titolare della IFO di riferimento - valutazione in sede di Commissione Consultiva Interna - controlli amministrativi da parte della UOC Libera Professione. Controlli a campione dopo il rilascio dell'autorizzazione.	Valutazioni interne da parte del Direttore UO e da parte della IFO - Riunioni della Commissione Consultiva Interna, costituita ad hoc, con cui vengono esaminate sistematicamente tutte le richieste pervenute presentate regolarmente. Controlli a campione successivi sulle dichiarazioni rese dal dipendente.	Pareri dei responsabili diretti del dipendente subito dopo la domanda - Controlli preventivi della Commissione Consultiva entro 15 gg. dalla presentazione della domanda - Controlli a campione successivi all'autorizzazion e	Ispezioni con verbalizzazioni. Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo.	5 Ispezioni con verbalizza zioni	Trimestrale
28	Dipartimento Risorse umane	UOC Libera Professione	Verifica del bilanciamento tra attività istituzionale e libero professionale	Attività libero profession ale	Brachini Monica	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo automatico in minima parte	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati	Adeguito	Mancata regolamentazi one del processo	Misura di controllo	Effettuazione di controlli sui cartellini dei professionisti che eseguono la libera professione intramoenia, al fine di verificare che il volume orario non sia superiore a quello istituzionale, che le timbrature vengano effettuate correttamente incrociando i dati che si rilevano dalle prenotazioni ALPI nel CUP 2.0 con quelli delle timbrature effettuate dal medico in modo da evitare sovrapposizioni con le timbrature in attività istituzionale. Verifica della sussistenza di gravi carenze orarie in attività istituzionale.	Verifica cartellini medici per Dipartimento. Estrapolazione dati dal CUP 2.0 ALPI e incrocio delle visite effettuate in libera professione con le timbrature in libera professione. Segnalazione anomalie ai superiori gerarchici	Cadenza almeno semestrale	Ispezioni con verbalizzazioni	2 Ispezioni con verbalizza zioni	Semestrale
													Misura di formazione	Riunioni all'interno della UOC Libera Professione per illustrare al personale le motivazioni dei controlli e coordinare la conseguente attività	Due riunioni annuali	semestrale	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	7	Semestrale
29	Dipartimento Risorse umane	UOC Rapporti di lavoro non dipendenti	Conferimento incarichi di lavoro autonomo, ai sensi dell'art. 7, comma 6 del D.Lgs. 165/2001	Incarichi e nomine	Paolo Franchi	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli attivati per la prima volta (report)	Adeguito	Inosservanza delle disposizioni normo contrattuali con particolare riferimento alle indicazioni regionali di accesso	Misura di controllo	A partire dall'automazione delle diverse fasi, potranno essere esperiti controlli estesi a tutti i partecipanti anche su indicatori che potrebbero indicare distorsioni del processo che non hanno determinato irregolarità (ad esempio assegnazione ripetute agli stessi soggetti)	Il processo dovrà essere gestito completamente tramite piattaforma informatica dedicata	2025	Attivazione piattaforma	1	Annuale
													Misura di formazione	Corso di formazione agli addetti sulla normazione in materia (indicativamente 1 giorno)	Inserito nel Piano di Formazione secondo semestre	secondo semestre 2025	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	3	Annuale
													Misura di semplificazione	Informatizzazione della procedura	L'attivazione della procedura sul portale consentirà di rendere snelli e trasparenti tutti i passaggi	2025	Piattaforma	1	Annuale

30	Dipartimento Servizi Sociali	Dipartimento Servizi Sociali	Procedura di iscrizione nell'elenco aziendale delle persone disponibili a rivestire il ruolo di Amministratore di sostegno	Provvedim enti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatari o	Stefania Nencioni	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Acquisizione di dichiarazioni non veritiere da parte del richiedente che aspira ad un vantaggio	Misura di controllo	Analisi della documentazione, presentata dai richiedenti, relativa alla rispondenza dei requisiti necessari per l'iscrizione nelle diverse sezioni dell'elenco (sezione A, sezione B, sezione C)	Controllo sulla documentazione prodotta in relazione ai requisiti e, se necessario, richiesta di integrazioni agli interessati tramite e- mail.	10 giorni dal ricevimento della documentazione di richiesta di iscrizione all'elenco delle persone disponibili a rivestire il ruolo di AdS.	N° controlli, effettuati dall'incarico, relativi alla documentazione pervenuta / N° totale domande di iscrizione pervenute (valore in %)	100	Annuale
													Misura di trasparenza	Diffusione del Regolamento aziendale di gestione dell'elenco di amministratori di sostegno e delle informazioni relative allo stesso.	1.Pubblicazione del Regolamento aziendale di gestione dell'elenco di amministratori di sostegno, comprensivo di modulistica, sul sito istituzionale- sezione Modulistica e sulla rete intranet. 2.Diffusione di informazioni ed eventuale materiale, su richiesta sia per email che per telefono, a chi vuole iscriversi nell'elenco da parte dell'incaricato individuato all'interno del Dipartimento dei Servizi Sociali.	1.Il Regolamento aziendale di gestione dell'elenco di amministratori di sostegno, comprensivo della modulistica, sarà pubblicato sul sito istituzionale e rimarrà sempre visionabile. Si provvederà ad aggiornare il documento qualora subentrassero variazioni 2.Diffusione informazioni: tutte le volte che perverranno richieste telefoniche e/o email di soggetti interessati.	Pubblicazione documento finale. Diffusione informazioni: N° di risposte date/ N° di richieste informazioni (valore in %)	Diffusione informazi oni: N° di risposte date/ N° di richieste informazi oni (valore in)Annual e	100
31	Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	Procedura di reclutamento delle figure tecniche per l'erogazione degli incentivi per i contratti di servizi e forniture di cui all'art. 45 del d.lgs. 36/2023	Contratti pubblici	Riccardo Antonelli	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Mancata regolamentazi one del processo	Misura di regolamentazio ne	Adozione regolamento	Regolamento già in essere	già adottato	Verifica avvenuta applicazione	2	Verifica avvenuta applicazione
32	Dipartimento Tecnico	Dipartimento Tecnico	Processo di verifica delle attività svolte dalle figure tecniche sotto la propria responsabilità diretta e personale ai fini dell'erogazione degli incentivi per i contratti di servizi e forniture di cui all'art. 45 del d.lgs. 36/2023	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Riccardo Antonelli	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Mancata regolamentazi one del processo	Misura di regolamentazio ne	Adozione del regolamento	Regolamento già in essere	già adottato	Verifica avvenuta applicazione criteri di regolamento	2	Verifica avvenuta applicazione criteri di regolamento
33	Dipartimento Tecnico	UOC Energia e tutela dell'ambiente	Individuazione degli operatori economici che svolgono lavori di efficientamento energetico degli immobili aziendali	Contratti pubblici	Daniele Giorni	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo totalmente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Mancata comunicazion e del conflitto di interessi	Misura di controllo	verifica conflitto di interessi	richiesta inderogabile del modulo di conflitto di interesse del personale coinvolto nel processo di scelta del contraente	Immediati	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	1	Annuale

34	Dipartimento Tecnico	UOC Lavori Pubblici - Area Provinciale aretina	Selezione del personale beneficiario degli incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del d.lgs. 50/2016)	Contratti pubblici	Andrea Casini	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Nomina di soggetti con inadeguata professionalità	Misura di formazione	Formazione del personale	Corso di formazione sul Codice dei Contratti	Annuale	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	5	Annuale
35	Dipartimento Tecnico	UOC Lavori Pubblici - Area Provinciale aretina	Verifica attività svolta dal personale selezionato e soggetto ad incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del d.lgs. 50/2016)	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Andrea Casini	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Mancata comunicazione e del conflitto di interessi	Misura di controllo	Dichiarazione assenza conflitto di interessi	Acquisizione della dichiarazione assenza conflitto di interessi	Annuale	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	1	Annuale
36	Dipartimento Tecnico	UOC Lavori Pubblici - Area Provinciale grossetana	Selezione del personale beneficiario degli incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del d.lgs. 50/2016)	Contratti pubblici	Riccardo Antonelli	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Nomina di soggetti con inadeguata professionalità	Misura di formazione	Formazione del personale	Corso di formazione sul Codice dei Contratti	Annuale	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	3	Annuale
37	Dipartimento Tecnico	UOC Lavori Pubblici - Area Provinciale grossetana	Verifica attività svolta dal personale selezionato e soggetto ad incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del d.lgs. 50/2016)	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Riccardo Antonelli	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Mancata comunicazione e del conflitto di interessi	Misura di controllo	Dichiarazione assenza conflitto di interessi	Acquisizione della dichiarazione assenza conflitto di interessi	Annuale	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	1	Annuale
38	Dipartimento Tecnico	UOC Lavori Pubblici - Area Provinciale senese	Selezione del personale beneficiario degli incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del d.lgs. 50/2016)	Contratti pubblici	Alessandro Frati	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Nomina di soggetti con inadeguata professionalità	Misura di formazione	Formazione del personale	Corso di formazione sul Codice dei Contratti Pubblici	Annuale	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	5	Annuale
39	Dipartimento Tecnico	UOC Lavori Pubblici - Area Provinciale senese	Verifica attività svolta dal personale selezionato e soggetto ad incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del d.lgs. 50/2016)	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Alessandro Frati	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Mancata comunicazione e del conflitto di interessi	Misura di controllo	Dichiarazione assenza conflitto di interessi	Acquisizione conflitto di interessi secondo il modello aziendale	Annuale	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	3	Annuale

40	Dipartimento Tecnico	UOC Manutenzioni - Area provinciale aretina	Selezione del personale beneficiario degli incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del d.lgs. 50/2016)	Contratti pubblici	Daniele Giorni	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Nomina di soggetti con inadeguata professionalità	Misura di formazione	Formazione del personale	corsi di formazione sul codice dei contratti	Annuale	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	5	Annuale
41	Dipartimento Tecnico	UOC Manutenzioni - Area provinciale aretina	Verifica attività svolta dal personale selezionato e soggetto ad incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del d.lgs. 50/2016)	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Daniele Giorni	MEDIO/BASSO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Mancata comunicazione e del conflitto di interessi	Misura di regolamentazione	Applicazione pedissequa dei regolamenti aziendali	Applicazione pedissequa dei regolamenti aziendali	Immediati	Verifica adozione di un Regolamento	2	Annuale
42	Dipartimento Tecnico	UOC Manutenzioni - Area provinciale grossetana	Selezione del personale beneficiario degli incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del d.lgs. 50/2016)	Contratti pubblici	Luciano Di Prima	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Nomina di soggetti con inadeguata professionalità	Misura di formazione	Formazione del personale	Corso di formazione sul Codice dei Contratti	Annuale	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	5	Annuale
43	Dipartimento Tecnico	UOC Manutenzioni - Area provinciale grossetana	Verifica attività svolta dal personale selezionato e soggetto ad incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del d.lgs. 50/2016)	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Luciano Di Prima	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Mancata comunicazione e del conflitto di interessi	Misura di controllo	Dichiarazione assenza conflitto di interessi	Acquisizione della dichiarazione assenza conflitto di interessi	Annuale	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	1	Annuale
44	Dipartimento Tecnico	UOC Manutenzioni - Area provinciale senese	Selezione del personale beneficiario degli incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del d.lgs. 50/2016)	Contratti pubblici	Cristina Pepi	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Mancata comunicazione e del conflitto di interessi	Misura di controllo	dichiarazioni assenza conflitto interessi RUP/DEC	verifica avvenuta acquisizione conflitto interessi RUP/DEC	Annuale	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	1	Annuale
45	Dipartimento Tecnico	UOC Manutenzioni - Area provinciale senese	Verifica attività svolta dal personale selezionato e soggetto ad incentivi per le funzioni tecniche ai sensi dell'art. 45 del d.lgs. 36/2023 (ex art. 113 del d.lgs. 50/2016)	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Cristina Pepi	MEDIO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici	Prevalentemente adeguato	Mancata comunicazione e del conflitto di interessi	Misura di controllo	Dichiarazione assenza conflitto di interessi	Acquisizione della dichiarazione assenza conflitto di interessi	Annuale	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	1	Annuale
46	Dipartimento Tecnico	UOC Manutenzioni e rapporti con ESTAR per tecnologie elettromedicali e donazioni	Donazione di tecnologie sanitarie di qualsiasi valore	Donazioni	Gilberto Cristofoletti	ALTO	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Accettazione di donazioni di beni parzialmente diversi da quanto dichiarato in fase di input	Misura di controllo	Verifica accurata delle caratteristica del bene oggetto di donazione	La struttura competente al collaudo comunica eventuali difformità che saranno valutate dalla Commissione Donazioni	N. 1 Riunione della Commissione Donazioni	Verifica n. collaudi trasmessi in caso di difformità	0	Annuale

47	Dipartimento Tecnico	UOC Prevenzione Incendi	Individuazione degli operatori economici che svolgono lavori di adeguamento degli immobili aziendali alle vigenti normative di Prevenzione Incendi	Contratti pubblici	Francesca Veltroni	MEDIO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo totalmente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Mancata comunicazion e del conflitto di interessi	Misura di controllo	Verifica conflitto di interessi	Richiesta inderogabile del modulo conflitto di interesse del personale coinvolto nel processo di scelta del contraente	Immediati	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	1	Annuale
48	Staff Direzione Aziendale	AD Affari Legali	Procedura di determinazione dei compensi professionali agli avvocati	Affari legali e contenzios o	Silvia Rossi	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Non indicati	Misura di controllo	controlli a campione volti a verificare che il compenso spettante sia determinato solo in caso di pronuncia favorevole ai sensi del Regolamento dell'Avvocatura dell'Azienda USL Toscana Sud Est ai sensi dell'art. 9 del D.L.24/06/2014, n. 90, convertito con legge 11 agosto 2014 n. 111	1) raccolta delle proposte di liquidazione a favore degli Avvocati interni emessi nel periodo di tempo d'interesse 2) effettuazione verifica a campione tra le proposte di liquidazione di cui al punto 1 finalizzata a controllare che le stesse siano stati emesse solo con riferimento a pronunce favorevoli ai sensi dell'art. 3 del Regolamento dell'Avvocatura dell'Azienda USL Toscana Sud Est ai sensi dell'art. 9 del D.L. 24/06/2014, n. 90, convertito con legge 11 agosto 2014 n. 111	controllo annuale	controllo a campione sulla documentazione inerente il processo	3	Annuale
49	Staff Direzione Aziendale	UOC Governo tecnologie informatiche, reti, dati e fonia	Procedura di assegnazione dispositivi mobili aziendali al personale	Acquisizion e e gestione del Personale	Sergio Biancone	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Prevalentemente adeguato	Non indicati	Misura di sensibilizzazion e e partecipazione	Sensibilizzare il personale aziendale ad un corretto utilizzo e conservazione dei dispositivi assegnati che sono un bene aziendale da salvaguardare	Il personale aziendale deve ricevere informazioni e direttive Aziendali per la salvaguardia di beni di proprietà aziendale	con l'utilizzo di tutte le forme di comunicazione i tempi e la diffusione potrebbero essere brevi	si	2	Annuale
50	Staff Direzione Sanitaria	UOC Governo appropriatezz a delle risposte sanitarie e tempi di attesa	Monitoraggio del rispetto dei tempi degli interventi chirurgici per classi di priorità in ragione dell'inserimento in lista di attesa	Liste di attesa	Gianfranco Autieri - Massimo Forti- Barbara Innocenti- Michele Dentamaro Patrizia Bobini-Rosa La Mantia- Lucia Grazia Campanile- Andrea Coratti- Andrea Romani- Pierfrancesco Perani-Mauro Breggia-Vianella Agostinelli	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo prevalentemente automatico	Ci sono controlli automatici e oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	Molto adeguato	Favoritismi, gestione poco trasparente	Misura di controllo	Controllo dell'attribuzione delle classi di priorità	Controllo settimanale	Controllo già in corso	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	40	Annuale

Allegato 10 PIAO 2025-2027 - Griglia obblighi di pubblicazione											
DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONE 1 LIVELLO (Macrofamiglie)	DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONE 2 LIVELLO (Tipologie di dati)	RIFERIMENTO NORMATIVO	DENOMINAZIONE DEL SINGOLO OBBLIGO	CONTENUTI DELL'OBBLIGO	AGGIORNAMENTO DATI	DIRIGENTE STRUTTURA/FUNZIONE RESPONSABILE DELLA RILEVAZIONE, ELABORAZIONE E TRASMISSIONE DEI DATI	DIPARTIMENTO DI AfferENZA DEL DIRIGENTE RESPONSABILE	AREA DI AfferENZA DEL DIRIGENTE RESPONSABILE	RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE DEI DATI	MONITORAGGIO: TEMPISTICHE E SOGGETTO RESPONSABILE	
DISPOSIZIONI GENERALI	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2 bis, della legge n. 190 del 2012.	Annuale	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT) – Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità - Area della Comunicazione	Responsabile Trasparenza (RT) mediante Redazione Sito (delibera DG 17/8/2021)	Monitoraggio annuale entro 30/04 di ciascun anno - Responsabile Trasparenza (RT)	
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statali pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione delle relative norme giuridiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione - Direttore UOC Affari generali	Staff Direzione Aziendale - Dipartimento Affari Generali	Area della Comunicazione - Area Governo processi amministrativi ed erogatori esterni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministeriali, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità - Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970); Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	RPC - Direttore UOC Gestione giuridica del personale dipendente	Staff Direzione Aziendale - Dipartimento Risorse Umane	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità - Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Link e sito ministeriale				RT mediante Redazione Sito		
ORGANIZZAZIONE	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun componente della struttura, dell'organizzazione dell'amministrazione, contenente tutte le informazioni previste dalla normativa)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche della stessa	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Banco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente le funzioni istituzionali.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione - Direttore UOC Governo tecnologie informatiche, reti, dati e fonti	Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione - Area Innovazione digitale e tecnologica	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Rapporti di lavoro non dipendenti	Vari Dipartimenti - Dipartimento Risorse Umane	Area Convenzioni uniche ed altri rapporti di lavoro	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Per ciascun titolare di incarico:									
Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013			1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Rapporti di lavoro non dipendenti	Vari Dipartimenti - Dipartimento Risorse Umane	Area Convenzioni uniche ed altri rapporti di lavoro	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT		
CONSULENTI COLLABORATORI	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Rapporti di lavoro non dipendenti	Vari Dipartimenti - Dipartimento Risorse Umane	Area Convenzioni uniche ed altri rapporti di lavoro	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Rapporti di lavoro non dipendenti	Vari Dipartimenti - Dipartimento Risorse Umane	Area Convenzioni uniche ed altri rapporti di lavoro	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Rapporti di lavoro non dipendenti	Vari Dipartimenti - Dipartimento Risorse Umane	Area Convenzioni uniche ed altri rapporti di lavoro	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (DG/DA/DS/DSS/DZB)	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Rapporti di lavoro non dipendenti	Vari Dipartimenti - Dipartimento Risorse Umane	Area Convenzioni uniche ed altri rapporti di lavoro	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Per ciascun titolare di incarico:									
		Art. 15, c. 1, e art. 41, c. 2 e 3, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento con indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 15, c. 1, e art. 41, c. 2 e 3, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 15, c. 1, e art. 41, c. 2 e 3, d.lgs. n. 33/2013	Incari amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 15, c. 1, e art. 41, c. 2 e 3, d.lgs. n. 33/2013		Compensi, comunque denominati, relativi all'incarico, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Dipartimento Risorse Umane	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT			
PERSONALE	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Per ciascun titolare di incarico:									
		Art. 15, c. 1, e art. 41, c. 2 e 3, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento con indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente – Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale - Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 15, c. 1, e art. 41, c. 2 e 3, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente – Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale - Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 15, c. 1, e art. 41, c. 2 e 3, d.lgs. n. 33/2013	Incari dirigenziali a qualsiasi titolo conferiti - incarichi di direttore di dipartimento e di direttore di struttura semplice e complessa (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente – Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale - Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 15, c. 1, e art. 41, c. 2 e 3, d.lgs. n. 33/2013		Compensi, comunque denominati, relativi all'incarico, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Annuale	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente – Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale - Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente – Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale - Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente – Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale - Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT	
		Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente – Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale - Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT	
		Posti di funzione disponibili	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente – Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale - Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT

BANDI DI CONCORSO		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale - Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al presente modello europeo	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3 d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione giuridica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione giuridica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione giuridica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Link a sito ARAN	Dipartimento Risorse Umane		RT mediante Redazione Siko	
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dal rispettivo ordinamento)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente - Direttore UOC Relazioni sindacali	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale - Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle Finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente - Direttore UOC Relazioni sindacali	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale - Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Nominativi	Nominativi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Sezreteria DVI)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione, Controllo di gestione e Contabilità analitica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Curricula	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Sezreteria DVI)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione, Controllo di gestione e Contabilità analitica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Par. 14.2, delib. CVM n. 12/2013	Compensi	Compensi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Sezreteria DVI)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione, Controllo di gestione e Contabilità analitica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e la traccia delle prove scritte	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Link a sito ESTAR	ESTAR - Dipartimento Risorse Umane	Area Politiche del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
PERFORMANCE	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CVM n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Temporaneo	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione, Controllo di gestione e Contabilità analitica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione, Controllo di gestione e Contabilità analitica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Relazione sulla Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione, Controllo di gestione e Contabilità analitica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Relazioni sindacali - Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Area Politiche del personale - Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, ai fini di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Area Gestione del personale	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				Per ciascuno degli enti:						
ENTI CONTROLLATI	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (ex art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (ex art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
	Società partecipate	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	elenco delle società di cui l'amministrazione sostiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'ente, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				Per ciascuna delle società:						
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (ex art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Temporaneo (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (ex art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT

		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs.175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socio fisiano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
Enti di diritto privato controllati	(da pubblicare in tabelle)	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati	Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione e delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				Per ciascuno degli enti:						
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla sussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
Rappresentazione grafica		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
ATTIVITA' E PROCEDIMENTI	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) ufficio di procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine proceduralmente rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i suoi effetti attuativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) aree di accesso al servizio on-line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per lo suo ottenimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. j), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. n), d.lgs. n. 33/2013		Per i procedimenti ad istanza di parte:						
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per la autenticazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
PROVVEDIMENTI	Dichiarazioni sostitutive e acquisizioni d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttrici strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza – Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 15 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescritta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"), accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari generali - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Dipartimento Affari Generali - Staff Direzione Aziendale	Area Governo processi amministrativi ed erogatori esterni - Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescritta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"), accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari generali - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Dipartimento Affari Generali - Staff Direzione Aziendale	Area Governo processi amministrativi ed erogatori esterni - Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE										
Denominazione sotto-sezione / il livello		Riferimento normativo	Contenuto dell'obbligo	Aggiornamento						
		Art. 30, d.lgs. 36/2013 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Elenco delle soluzioni tecnologiche adottate dalle SA e enti concedenti per l'automatizzazione delle proprie attività	Una tantum con aggiornamento tempestivo in caso di modifiche	Direttrici UOUDOC Lavori pubblici e Direttrici UOUDOC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttrici UOUDOC Affari ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Area Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro il 30/04 di ciascun anno - RT	

SOTTO-SEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI"		ALLEGATO 15 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)		Avviso finalizzato ad acquisire le manifestazioni di interesse degli operatori economici in ordine ai lavori di possibile completamento di opere incomplete nonché alla gestione delle stesse NB: Ove l'avviso è pubblicato nella apposita sezione del portale web del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, la pubblicazione in AT è assicurata mediante link al portale MIT	Temporaneo	Direttori UDOOCC Lavori pubblici e Direttori UDOOCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UDOOCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica.	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Aree Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		ALLEGATO 15 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8, art. 7, co. 4)		Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale dei lavori pubblici, per assenza di lavori Comunicazione circa la mancata redazione del programma triennale degli acquisti di forniture e servizi, per assenza di acquisti di forniture e servizi.	Temporaneo	Direttori UDOOCC Lavori pubblici e Direttori UDOOCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UDOOCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica.	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Aree Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 168, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara con sistemi di qualificazione		Atti recanti norme, criteri oggettivi per il funzionamento del sistema di qualificazione, l'eventuale aggiornamento periodico dello stesso e durata, criteri soggettivi (requisiti relativi alle capacità economiche, finanziarie, tecniche e professionali) per l'iscrizione al sistema	Temporaneo	Direttori UDOOCC Lavori pubblici e Direttori UDOOCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UDOOCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica.	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Aree Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali		<u>Obbligo applicabile alle imprese pubbliche e ai soggetti titolari di diritti speciali esclusivi</u> Atti eventualmente adottati recanti l'elencazione delle condotte che costituiscono gravi illeciti professionali agli effetti degli artt. 95, co. 1, lettera e) e 98 (cause di esclusione dalla gara per gravi illeciti professionali)	Temporaneo	Direttori UDOOCC Lavori pubblici e Direttori UDOOCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UDOOCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica.	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Aree Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 11, co. 2-quadro, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico		<u>Obbligo previsto per i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico</u> Elenco annuale dei progetti finanziati, con indicazione del CUP, importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	Direttori UDOOCC Lavori pubblici e Direttori UDOOCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UDOOCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica.	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Aree Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
	PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BONCP CONTENENTE I DATI E LE INFORMAZIONI COMUNICATI DALLA S.A. E PUBBLICATI DA ANAC AI SENSI DELLA DELIBERA N. 261/2023 PER CIASCUNA PROCEDURA SONO PUBBLICATI INOLTRE I SEGUENTI ATTI E DOCUMENTI									
	Fase	Riferimento normativo		Contenuto dell'obbligo	Aggiornamento					
	Pubblicazione	Art. 40, co. 3 e co. 5, d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico (da intendersi riferito a quello facoltativo) Allegato 1.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio		1) Relazione con progetto dell'opera (art. 40, co. 5 codice e art. 5, co. 1, lett. a) e b) allegato) 2) Relazione conclusiva redatta dal responsabile del dibattito (con i contenuti specificati dall'art. 40, co. 5 codice e art. 7, co. 1 dell'allegato) 3) Documento conclusivo redatto dalla SA sulla base della relazione conclusiva del responsabile (solo per il dibattito pubblico obbligatorio) ai sensi dell'art. 7, co. 2 dell'allegato Per il dibattito pubblico obbligatorio, la pubblicazione dei documenti di cui al n. 2 e 3 è prevista sia per la SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Temporaneo	Direttori UDOOCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese.	Dipartimento Tecnico	Aree Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 82, d.lgs. 36/2023 Documenti di gara Art. 85, co. 4, d.lgs. 36/2023 Pubblicazione a livello nazionale (cfr. anche l'allegato 1.7)		Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contratto Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Temporaneo	Direttori UDOOCC Lavori pubblici e Direttori UDOOCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UDOOCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Aree Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Affidamento	Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici		Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Temporaneo	Direttori UDOOCC Lavori pubblici e Direttori UDOOCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UDOOCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica.	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Aree Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 47, co. 2, e 9 d.l. 77/2021, convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato I.3, d.lgs. 36/2023)		<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati.</u> Copia dell'ultimo rapporto sulla situazione del personale maschile e femminile redatto dall'operatore economico, tenuto alla sua redazione ai sensi dell'art. 46, decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (operatori economici che occupano oltre 50 dipendenti). Il documento è prodotto, a pena di esclusione, al momento della presentazione della domanda di partecipazione o dell'offerta	Da pubblicare successivamente alla pubblicazione degli avvisi relativi agli esiti delle procedure	Direttori UDOOCC Lavori pubblici e Direttori UDOOCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UDOOCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Aree Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Esecutiva	Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico		Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Temporaneo	Direttori UDOOCC Lavori pubblici e Direttori UDOOCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UDOOCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica.	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Aree Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 47, co. 3, co. 3-bis, co. 9, l. 77/2021 convertito con modificazioni dalla l. 108/2021 Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati D.P.C.M. 20 giugno 2023 recante Linee guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati (art. 1, co. 8, allegato I.3, d.lgs. 36/2023)		<u>Pari opportunità e inclusione lavorativa nei contratti pubblici PNRR e PNC e nei contratti riservati.</u> 1) Relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile consegnata, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, alla stazione appaltante/ente concedente dagli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti 2) Certificazione di cui all'art. 17 della legge 12 marzo 1999, n. 68 e della relazione relativa all'assolvimento degli obblighi di cui alla medesima legge e alle eventuali sanzioni e provvedimenti disposti a carico dell'operatore economico nel triennio antecedente la data di scadenza della presentazione delle offerte e consegnate alla stazione appaltante/ente concedente entro sei mesi dalla conclusione del contratto (per gli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a quindici dipendenti)	Temporaneo	Direttori UDOOCC Lavori pubblici e Direttori UDOOCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UDOOCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Aree Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Sponsorizzazioni	Art. 134, co. 4, d.lgs. 36/2023 Contratti gratuiti e forme speciali di partenariato		Affidamento di contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi o forniture per importi superiori a quarantamila 40.000 euro 1) avviso con il quale si rende nota la ricerca di sponsor per specifici interventi, ovvero si comunica l'avvenuto ricicamento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Temporaneo	Direttori UDOOCC Lavori pubblici e Direttori UDOOCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UDOOCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Aree Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Siko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT

	Procedure di somma urgenza e di protezione civile	Art. 140, d.lgs. 36/2023 Comunicazione		Atti e documenti relativi agli affidamenti di somma urgenza a prescindere dall'importo di affidamento. In particolare: 1) verbale di somma urgenza e provvedimento di affidamento; con specifica indicazione delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; 2) perizia giustificativa; 3) elenco prezzi unitari, con indicazione di quelli concordati tra le parti e di quelli dedotti da prezzi ufficiali; 4) verbale di consegna dei lavori o verbale di avvio dell'esecuzione del servizio/fornitura; 5) contratto, ove stipulato.	Tempestivo	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UO/OCC affenti ad Area Programmazione, rapporti con Etsar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Area Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Etsar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento		Provvedimento conclusivo della procedura di valutazione della proposta del promotore relativa alla realizzazione in concessione di lavori o servizi	Tempestivo	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UO/OCC affenti ad Area Programmazione, rapporti con Etsar ed acquisti e ad Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Area Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese - Area Programmazione, rapporti con Etsar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UO/OCC Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	Area Governo processi amministrativi Zone Distretto e Presidi Ospedalieri Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro per ciascun atto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UO/OCC Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	Area Governo processi amministrativi Zone Distretto e Presidi Ospedalieri Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UO/OCC Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	Area Governo processi amministrativi Zone Distretto e Presidi Ospedalieri Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UO/OCC Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	Area Governo processi amministrativi Zone Distretto e Presidi Ospedalieri Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UO/OCC Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	Area Governo processi amministrativi Zone Distretto e Presidi Ospedalieri Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione	4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UO/OCC Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	Area Governo processi amministrativi Zone Distretto e Presidi Ospedalieri Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UO/OCC Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	Area Governo processi amministrativi Zone Distretto e Presidi Ospedalieri Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UO/OCC Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	Area Governo processi amministrativi Zone Distretto e Presidi Ospedalieri Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UO/OCC Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	Area Governo processi amministrativi Zone Distretto e Presidi Ospedalieri Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Stenico (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UO/OCC Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	Area Governo processi amministrativi Zone Distretto e Presidi Ospedalieri Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio annuale entro 31/01 di ciascun anno - RT
BILANCI	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio di previsione	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Area Bilancio	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento, e il riutilizzo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio di previsione	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Area Bilancio	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Bilancio consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 30 aprile 2011		Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio di esercizio e monitoraggio	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Area Bilancio	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento, e il riutilizzo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio di esercizio e monitoraggio	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Area Bilancio	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 19 e 22 del d.lgs. n. 93/2011 - Art. 18-bis del d.lgs. n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle rilevazioni osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti...	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Adempimento attualmente non dovuto per le Aziende Sanitarie				
BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Patrimonio	Dipartimento Tecnico	Area Direzione amministrativa e Patrimonio	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Patrimonio	Dipartimento Tecnico	Area Direzione amministrativa e Patrimonio	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
CONTROLLI E RILEV I SULL'AMMINISTRAZIONE	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe			Attenzione dell'OVV di altra struttura analogo nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibera A.N.M.C.	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Segreteria OVV)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione, Controllo di gestione e Contabilità analitica	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio annuale entro 30/11 di ciascun anno - RT
				Documento dell'OVV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 34, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Segreteria OVV)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione, Controllo di gestione e Contabilità analitica	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 31, d.lgs. n. 33/2013		Relazione dell'OVV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 34, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 33/2013)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Segreteria OVV)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione, Controllo di gestione e Contabilità analitica	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Organi di revisione amministrativa e contabile			Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione e budget, alle relative variazioni e al conto economico-bilancio-sintetico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica (Segreteria Collegio Sindacale)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Corte dei conti		Rilevati Corte dei conti	Tutti i flussi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Affari generali	Dipartimento Affari Generali	Area Governo processi amministrativi ed erogatori esterni	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
SERVIZI EROGATI	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione - Direttore UOC Qualità, accreditamento e rischio clinico	Staff Direzione Aziendale - Staff Direzione Sanitaria	Area della Comunicazione - Area Qualità e Sicurezza delle cure	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Direttore UOC Advocatura	Staff Direzione Aziendale	Area Affari Legali	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Direttore UOC Advocatura	Staff Direzione Aziendale	Area Affari Legali	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Costi contabilizzati	Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Direttore UOC Advocatura	Staff Direzione Aziendale	Area Affari Legali	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabella)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Bilancio di esercizio e monitoraggio	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Area Politiche di bilancio	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio annuale entro 30/11 di ciascun anno - RT
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche, private che erogano prestazioni per conto dei servizi sanitari) (da pubblicare in tabella)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Governo appropriazione delle risorse sanitarie e tempi di attesa	Staff Direzione Sanitaria	Area Innovazione e sviluppo	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione	Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
PAGAMENTI	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabella)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore UOC Gestione fornitori	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Area Contabilità Generale	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica aggregata	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Direttore UOC Gestione fornitori	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Area Contabilità Generale	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Indicatore di tempestività dei		Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione fornitori	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Area Contabilità Generale	RT mediante Redazione Sko	Monitoraggio annuale entro 30/04 di ciascun anno - RT

PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE	pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013		Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione fornitori	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Area Contabilità Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione fornitori	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Area Contabilità Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 30/04 di ciascun anno - RT
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione fornitori	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Area Contabilità Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
OPERE PUBBLICHE	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligato previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UODOCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	Area Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti")	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UODOCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	Area Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UODOCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	Area Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UODOCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	Area Manutenzioni e Lavori Pubblici Aretina, Grossetana, Senese	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
INFORMAZIONI AMBIENTALI	Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Link a sito ARPAT			RT mediante Redazione Sito	
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				RT mediante Redazione Sito	
STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Dipartimento Affari Generali	Area Governo processi amministrativi ed erogatori esterni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 30/04 di ciascun anno - RT
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Dipartimento Affari Generali	Area Governo processi amministrativi ed erogatori esterni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 30/04 di ciascun anno - RT
INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA	Interventi straordinari e di emergenza	Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e del motivo della deroga	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza	Vari Dipartimenti		RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
			Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza	Vari Dipartimenti		RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza	Vari Dipartimenti		RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
ANTRI CONTENUTI	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2 bis della legge n. 190 del 2012	Annuale	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità - Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 30/04 di ciascun anno - RT
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità - Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (adottati)	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (adottati)	Tempestivo	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità - Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012)	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità - Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 30/04 di ciascun anno - RT
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità - Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Staff Direzione Aziendale	Area Programmazione strategica, Privacy e Qualità - Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplificato" concernente dati, documenti e informazioni soggetti pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta	Tempestivo	Responsabile Trasparenza (RT) - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione (Ufficio unico per l'accesso civico/UCA)	Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori e Direttori strutture competenti	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Responsabile Trasparenza (RT) - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione (Ufficio unico per l'accesso civico/UCA)	Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del risultato entro cui la data della decisione	Tempestivo	Responsabile Trasparenza (RT) - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione (Ufficio unico per l'accesso civico/UCA)	Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'Art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali	Tempestivo	Direttore UOC Innovazione e sviluppo processi - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione	Staff Direzione Aziendale	Area Innovazione digitale e tecnologica - Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il risultato dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Direttore UOC Innovazione e sviluppo processi - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione	Staff Direzione Aziendale	Area Innovazione digitale e tecnologica - Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 30/04 di ciascun anno - RT
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del televoto" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Direttore UOC Innovazione e sviluppo processi - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione	Staff Direzione Aziendale	Area Innovazione digitale e tecnologica - Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 30/04 di ciascun anno - RT
	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosessioni indicate		Responsabile Trasparenza (RT) - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione	Staff Direzione Aziendale	Area della Comunicazione	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 30/04 di ciascun anno - RT

Allegato 11: indicatori essenziali per il monitoraggio del Lavoro Agile – PIAO 2025-2027

Indicatore					
Salute Organizzativa		Comparto	Dirigenza	Ruoli Sanitari	Ruoli non Sanitari
Presenza di un sistema di Programmazione per obiettivi e/o per progetti e/o per processi	Valore Atteso	100%	100%	100%	100%
Presenza di un Coordinamento organizzativo del Lavoro Agile	Valore Atteso	100%	100%	100%	100%
Presenza di un Help desk informatico dedicato	Valore Atteso	100%	100%	100%	100%
Presenza di un sistema di monitoraggio del Lavoro Agile	Valore Atteso	100%	100%	100%	100%
% lavoratori autorizzati al lavoro da remoto a regime	Valore Atteso	20%	20%	10%	50%
	Valore 2024	4,50%	0,64%	0,05%	23,40%
Salute Professionale		Comparto	Dirigenza	Ruoli Sanitari	Ruoli non Sanitari
Competenze direzionali	Valore Atteso	80%	90%	50%	90%
% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di Lavoro Agile negli ultimi due anni	Valore Atteso	50%	50%	50%	50%
% dirigenti/posizioni organizzative che adottano un approccio per obiettivi e/o per progetti e/o per processi per coordinare il personale	Valore Atteso	80%	90%	80%	90%
Competenze organizzative	Valore Atteso	80%	90%	80%	90%
% lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze organizzative specifiche del Lavoro Agile negli ultimi due anni	Valore Atteso	20%	20%	10%	40%
% di lavoratori che lavorano per obiettivi e/o per progetti e/o per processi	Valore Atteso	80%	100%	95%	90%
Competenze digitali	Valore Atteso	70%	90%	80%	90%
% lavoratori che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali utili al Lavoro Agile nell'ultimo anno	Valore Atteso	20%	15%	10%	50%
% lavoratori che utilizzano le tecnologie digitali potenzialmente utili per il Lavoro Agile	Valore Atteso	90%	95%	90%	100%
Salute Digitale		Comparto	Dirigenza	Ruoli Sanitari	Ruoli non Sanitari
N. PC per Lavoro Agile forniti (% rispetto al fabbisogno complessivo)	Valore Atteso	20%	40%	30%	60%
% lavoratori agili dotati di computer portatile fornito (% rispetto al fabbisogno complessivo)	Valore Atteso	20%	40%	30%	60%
Sistema VPN	Valore Atteso	30%	50%	40%	60%
Intranet	Valore Atteso	100%	100%	100%	100%
Sistemi di collaborazione (es. documenti in cloud)	Valore Atteso	20%	50%	30%	90%
% Applicativi consultabili in Lavoro Agile	Valore Atteso	20%	50%	40%	90%
% Banche dati consultabili in Lavoro Agile	Valore Atteso	20%	50%	40%	90%
% Firma digitale tra i lavoratori agili (solo personale dirigenziale)	Valore Atteso		100%		

% Processi interni digitalizzati	Valore Atteso	70%	80%	70%	90%
% Servizi digitalizzati (servizi rivolti agli utenti esterni, considerando gli ambiti ove è possibile la digitalizzazione)	Valore Atteso				
	Valore Atteso	30%	40%	20%	60%
Salute Economico finanziaria		Comparto	Dirigenza	Ruoli Sanitari	Ruoli non Sanitari
€ Costi per formazione competenze funzionali al Lavoro Agile	Valore Atteso				
€ Spese / Investimenti per supporti hardware e infrastrutture digitali funzionali al Lavoro Agile	Valore Atteso				
€ Investimenti in digitalizzazione di processi, progetti e modalità erogazione dei servizi	Valore Atteso				
Stato di implementazione - Quantità		Comparto	Dirigenza	Ruoli Sanitari	Ruoli non Sanitari
% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali	Valore Atteso	20%	20%	15%	50%
	Valore 2024	27,50%	20,90%	0,39%	26,75%
% Giornate Lavoro Agile / giornate lavorative totali	Valore Atteso	8%	5%	3%	20%
	Valore 2024	7,48%	5,85%	0,21%	6,85%
Stato di implementazione - Qualità		Comparto	Dirigenza	Ruoli Sanitari	Ruoli non Sanitari
% dirigenti/posizioni organizzative soddisfatte del Lavoro Agile dei propri collaboratori	Valore Atteso	100%	100%	100%	100%
% dipendenti in Lavoro Agile soddisfatti	Valore Atteso	100%	100%	100%	100%
Soddisfazione per genere: % donne soddisfatte % uomini soddisfatti	Valore Atteso	100%	100%	100%	100%
Soddisfazione per età: % dipendenti sopra i 60 anni soddisfatti; % dipendenti sopra i 50 anni soddisfatti; ecc.	Valore Atteso	100%	100%	100%	100%
Soddisfazione per situazione familiare: es. % dipendenti con figli, soddisfatti.	Valore Atteso	100%	100%	100%	100%

Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2025- 2027

DICEMBRE 2024

[Indice](#)

Introduzione	3
Inquadramento normativo e contrattuale del PTFP	4
Descrizione delle linee generali di programmazione aziendale	6
Consistenza e costi del personale al 31/12/2024	10
Cessazioni e assunzioni previste negli anni 2025, 2026 e 2027	11
Progetti dell'attività integrativa dell'istituzionale	13
Specialistica ambulatoriale	13
Piani di sviluppo	14
Previsione progressioni interne tra le aree del comparto	14
Sintesi conclusiva	15

Introduzione

Il presente documento, tenuto conto di quanto previsto dalla DGRT 1499 del 9/12/2024, delinea gli obiettivi e la programmazione aziendale in tema di fabbisogno della forza lavoro per gli anni 2025, 2026 e 2027 alla luce delle indicazioni regionali, della programmazione aziendale e del contesto di azione delle aziende sanitarie della Toscana, anche in funzione del pieno ritorno ad una organizzazione non più determinata dalle esigenze dettate dalla passata emergenza pandemica.

I contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche”* pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana serie generale n. 173 del 27/07/2018.

In tale contesto, la gestione del presente Piano deve garantire un’adeguata tempestività di adeguamento in risposta al variare delle esigenze sanitarie ed organizzative, garantendo sempre la coerenza con i vincoli normativi ed economici necessari per garantire la sostenibilità, l’efficienza e l’efficacia del Sistema Sanitario Regionale.

Il metodo utilizzato per la formulazione e la presentazione del Piano è in continuità con quanto adottato per le precedenti edizioni del piano triennale al fine di assicurare continuità metodologica e possibilità di confronto, pur introducendo alcuni miglioramenti nella presentazione dei dati ai fini del suo successivo monitoraggio.

Inquadramento normativo e contrattuale del PTFP

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

Il presente PTFP viene definito in coerenza con l'attività di programmazione complessivamente intesa sia come documento che si pone alla base delle regole costituzionali di buona amministrazione, sia come strumento imprescindibile di un'organizzazione chiamata a garantire il miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini ed alle imprese.

Nella predisposizione del PTFP l'Azienda si pone l'ambizioso obiettivo di rispettare i vincoli finanziari, in armonia con gli obiettivi definiti nel ciclo della performance e soprattutto con la missione istituzionale di garantire l'erogazione del Livelli Essenziali di Assistenza ai propri residenti.

Il PTFP si configura come un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale, adottato dal Direttore Generale e, proprio in quanto documento di programmazione, non vincola direttamente l'attività ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. Tali esigenze, soprattutto in questo periodo, possono anche richiedere eventuali modifiche in corso d'anno, ove ci si trovi di fronte a situazioni non prevedibili, e purché tali modifiche risultino adeguatamente motivate.

La logica alla quale si ispira il presente documento è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie per far fronte ai fabbisogni. Queste ultime sono il frutto di una analisi continua dei fabbisogni prioritari

o emergenti rispetto alle politiche aziendali che, nel caso della nostra Azienda, sono riconducibili prevalentemente, ma non esclusivamente, 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 PTFP nel rispetto dell'art. 16 del D.lgs n.33 del 14 marzo 2013 “*obblighi di pubblicazione concernenti la dotazione organica e il costo del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato*” una volta adottato viene comunicato a SICO quale ente dedicato all’acquisizione dei flussi informativi previsti dal Titolo V del D.Lgs. n.165/2001, riguardanti il personale dipendente dalle amministrazioni pubbliche.

Coerentemente con quanto richiesto dalle Linee di indirizzo ministeriali il presente PTFP indica anche:

1. le scelte operate in materia di procedure di “stabilizzazione” previste dalla normativa vigente;
2. il ricorso alle forme di lavoro flessibile;
3. le assunzioni obbligatorie della Legge n. 68/99 e le categorie protette nel rispetto della normativa prevista in materia di quote d'obbligo.

Il presente PTFP è predisposto in coerenza con l'atto aziendale approvato ai sensi dell'art. 3, comma 1-bis del d.lgs n. 502/92 e viene sottoposto alla Regione Toscana per la sua approvazione.

Descrizione delle linee generali di programmazione aziendale

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

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

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

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

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

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

1. ATTIVITA' E PERFORMANCE:

Consolidare i livelli di erogazione delle prestazioni:

✓ Garantire i volumi di attività ospedaliere ed ambulatoriali necessarie al mantenimento di un adeguato livello delle liste di attesa per i cittadini, nel rispetto dei principi di appropriatezza e delle priorità cliniche dei diversi casi;

Intervenire con azioni di rafforzamento della rete ospedale-territorio e dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale:

✓ Continuare lo sviluppo dei nuovi modelli di assistenza al fine di garantire una continua presa in carico dei bisogni dei cittadini anche in termini di prevenzione dell'insorgenza delle patologie e della loro cronicizzazione ;

✓ Implementare e sviluppare la rete delle Case di Comunità e la loro integrazione con l'intero insieme dell'offerta sanitaria e sociale del territorio:

✓ Potenziare le cure intermedie con lo sviluppo degli ospedali di comunità;

✓ Rafforzare il modello dell'infermiere di famiglia e comunità;

✓ Completare l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali - COT;

✓ Rafforzare le azioni di prevenzione e analisi delle migliori strategie per rispondere all'aumento dei disagi psichici, di cui, in parte, evidenziate nel periodo pandemico;

✓ Sviluppare la rete integrata per la gestione del paziente che ha necessità di cure palliative in strutture residenziali e al domicilio;

✓ Migliorare l'offerta delle prestazioni per la disabilità e la non autosufficienza per ridurre la disuguaglianza, in questi ambiti, di accesso alle cure e all'assistenza sanitaria e sociale.

Proseguire con le azioni per il governo dell'appropriatezza:

✓ Governare le liste di attesa ambulatoriali (visite e indagini strumentali) e chirurgiche;

✓ Rafforzare l'integrazione con MMG e PLS e sviluppare strategie di intervento comuni.

Incrementare le misure di prevenzione e sicurezza delle cure:

✓ Potenziare tutte le misure di prevenzione per la gestione del rischio clinico, partendo dal miglioramento continuo dei sistemi di qualità aziendali, anche attraverso le certificazioni di qualità specifiche (es. ISO 9001, ecc) applicati ai servizi sanitari e ai processi di cura e assistenza in funzione delle criticità emergenti.

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

Promuovere la qualità, la sicurezza e la trasparenza dei percorsi assistenziali e dei processi di supporto tecnici ed amministrativi nonché la formazione degli operatori ed il benessere lavorativo:

- ✓ Mantenere e rafforzare la certificazione di qualità dei processi amministrativi;
- ✓ Rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi da PNRR;
- ✓ Attenzione alla qualità percepita;
- ✓ Attenzione alle politiche del personale: formazione, valorizzazione del personale, coinvolgimento multiprofessionale nelle decisioni e nel confronto volto al miglioramento, pari opportunità ed equilibrio di genere;
- ✓ Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza dell'organizzazione;
- ✓ Monitoraggio ed eventuale revisione dei regolamenti interni con particolare riferimento al Codice di Comportamento ed alla Gestione del Conflitto di Interessi, anche tenuto conto dell'estensione al comparto della possibilità di svolgere attività per soggetti esterni prevista dal Dl 34/2023

✓ Mantenimento e valorizzazione del Sistema di Gestione per la Parità di Genere certificato a fronte della norma UNI-PdR 125/2022

3.PROGETTI ORGANIZZATIVI DI INNOVAZIONE E SVILUPPO

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

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

4. BUON USO DELLE RISORSE

Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e al governo della spesa:

- ✓ Governo dell'appropriatezza farmaceutica e dispositivi;
- ✓ Potenziamento della distribuzione diretta;

- ✓ Efficientamento di tutti i servizi Core e No Core.

Consistenza e costi del personale al 31/12/2024

Per la conclusione dell'anno 2024 si prevede un quadro del personale in servizio pari a 9.452 dipendenti a tempo indeterminato, 67 dipendenti a tempo determinato, 46 con incarico di lavoro autonomo e 82 lavoratori in somministrazione.

Riguardo agli aspetti economici, la previsione del costo del personale di competenza dell'anno 2024 è pari a 531.097.220 €¹ al lordo degli oneri riflessi e al netto dell'IRAP, in cui sono ricompresi € 13.732.000 relativi ai maggiori costi sostenuti nel 2024 rispetto al 2023 per gli aumenti contrattuali e per la vacanza contrattuale 2024, calcolati al netto della “Una Tantum 2023”, nonché le risorse impiegate per l'attivazione dei contratti di somministrazione lavoro e per i contratti libero professionali, pari per l'anno 2024 a:

1. Contratti di lavoro autonomo 1.118.920 €
2. Contratti di somministrazione lavoro 3.313.800 €

L'Azienda non sostiene, invece, costi per personale universitario.

¹Fonte: costo rilevato dai dati stipendiali del mese di dicembre.

Cessazioni e assunzioni previste negli anni 2025, 2026 e 2027

Per quanto riguarda le cessazioni previste per gli anni oggetto di programmazione di questo documento, non essendo esattamente determinabili al momento della redazione del presente piano, si è fatto riferimento ai dati storici con alcune correzioni che tengano conto dei trend rilevati nell'ultimo anno, che vedono un decremento delle cessazioni in generale e dei pensionamenti in particolare.

In quest'ottica, per gli anni 2024, 2025, 2026 e 2027 gli effetti economici delle cessazioni e delle assunzioni previste annualmente sono elencate nel prospetto allegato.

Si precisa che le previsioni sia in termini numerici che economici è espressa al netto dell'eventuale attivazione di nuovi servizi o all'incremento degli attuali a seguito della messa a disposizione di ulteriori risorse.

Per quanto riguarda gli strumenti di reclutamento, l'articolazione percentuale fra le diverse tipologie varia in funzione della disponibilità o meno di graduatorie concorsuali o selettive Estar.

Rimane inteso che gli strumenti di reclutamento atipici, volti a sopperire a carenze improvvise, eccezionali e non trascurabili, o particolari esigenze dovute a peculiari tipologie di professionalità o modalità di articolazione delle attività richieste per la migliore realizzazione dei servizi, come nei casi di realizzazione di progetti finanziati, saranno utilizzati solamente nel caso e nella misura in cui queste ultime si verificheranno negli anni oggetto di programmazione.

Un'ultima notazione concerne le assunzioni previste da obblighi di legge, le quali vengono evidenziate nella tabella sottostante. Nonostante che i relativi costi non debbano essere computati ai fini del calcolo del limite del costo del personale di cui all'art. 2, co. 71-73, della legge n. 191/2009 integrato dall'art. 11 del DL 35/2019, di seguito si riporta il piano di assunzioni residuo concordato con i centri per l'impiego

competenti per territorio nell'ambito delle Convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 11 della Legge 68/1999 fino al 31/12/2024 e la relativa valorizzazione economica:

Unità

	2025	2026	2027	TOTALE
AREZZO	20			20
SIENA	26			26
GROSSETO	29			29
TOTALE	75			75

Costi

	2025	2026	2027	TOTALE
AREZZO	613.812			613.812
SIENA	797.956			797.956
GROSSETO	890.028			890.028
TOTALE	2.301.796			2.301.796

Al termine del 2024, la consistenza numerica presunta del relativo personale in servizio è stimabile in 428 unità, di cui 353 unità di personale disabile e 75 unità appartenenti alle categorie protette di cui all'art 18 della Legge 68/1999 per un costo complessivo di € 13.042.536 al lordo di Irap e oneri riflessi.

Progetti dell'attività integrativa dell'istituzionale

Prendendo a specifico riferimento le frequenti situazioni di carenza di organico per le quali le forme di reclutamento ordinarie risultano inadeguate, sia dal punto di vista dell'esistenza di graduatorie che della tempestività degli ingressi in relazione alle esigenze, ai fini della garanzia della continuità dei servizi, l'ulteriore strumento al quale l'Azienda può ricorrere è l'attivazione di specifici progetti di attività integrativa dell'istituzionale. Per tali progetti l'importo impiegato per l'anno 2024 è stimabile in 22.779.728 €² al netto di IRAP e oneri riflessi.

Per questa voce di costo l'Azienda si pone l'obiettivo di una riduzione della spesa attuale, tenuto conto degli incrementi tariffari e compatibilmente con le difficoltà di reclutamento che caratterizzano l'attuale momento storico, soprattutto per la dirigenza medica ma non solo.

Specialistica ambulatoriale

Pur non costituendo in senso proprio un costo del personale, i contratti di specialistica ambulatoriale convenzionata vengono inclusi nell'analisi e nella programmazione.

Relativamente a questi ultimi, il costo presunto per l'anno 2024 è stimabile in 26.877.463,00 al netto di IRAP ed al lordo degli oneri riflessi con un incremento di 22 teste equivalenti in servizio al 31/12/2024; per il 2025 si mirerà ad una sostanziale stabilità, seppur mettendo in conto una modulazione flessibile in funzione delle possibilità di reclutamento del personale dipendente.

²Fonte: proiezione di spesa su totale importi pagati a dicembre.

Piani di sviluppo

I fabbisogni relativi a questa programmazione sono ovviamente da intendersi modificabili alla luce dei possibili piani di sviluppo che potrebbero essere necessari in funzione dei cambi di strategia aziendali e regionali.

A questo proposito deve essere rilevato che anche nella nostra Azienda risultano in corso molte e significative azioni relative al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, per le quali potrebbe risultare necessario intervenire in questo senso.

Previsione progressioni interne tra le aree del comparto

Alla luce dei vincoli posti dal comma 2 dell'art. 21 del CCNL 2019-2021, le progressioni consentite tra le aree devono tenere conto del profilo professionale e del ruolo di appartenenza.

Ai fini del computo del fabbisogno deve innanzitutto essere sottolineato come le progressioni in oggetto si qualifichino come accessi dall'interno. Poiché la normativa prevede una riserva per gli accessi dall'esterno pari ad almeno il 50% delle assunzioni annue, nel 2025 si prevede di utilizzare in prima istanza le procedure previste dall'art. 21 c. 3 – che alla luce delle risorse disponibili potranno interessare circa 150 dipendenti.

Tali procedure sono già state oggetto di confronto con le organizzazioni sindacali, allo scopo di garantire una regolamentazione condivisa del percorso e delle risorse impiegate.

Sintesi conclusiva

Tenuto conto di quanto sintetizzato nell'allegato, il quadro disegnato per gli anni 2025, 2026 e 2027 si inquadra in un percorso sostenibile di rimodulazione e riequilibrio coerente con la programmazione sanitaria aziendale, seguendo, come principi ispiratori, la programmazione regionale, i relativi vincoli di natura economica e la tendenza verso il rispetto del vincolo normativo in materia di costo del personale di cui all'art. 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla L. 25 giugno 2019, n. 60.

	COSTO/RISPARMIO personale a tempo indeterminato (1)				TESTE personale a tempo indeterminato			
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA AI 31/12/2023	181,779,627	6,069,002	232,771,609	97,038,733	1719	50	5192	2622
CESSAZIONI 2024 (2)	7,863,000	43,821	10,174,234	4,809,120	144	1	246	126
ASSUNZIONI 2024 (2)	4,127,098	415,056	6,340,951	4,034,165	98	10	169	109
di cui per stabilizzazioni	72,958		38,546	58,525	4		4	7
CESSAZIONI PREVISTE 2025	3,050,000	75,000	5,250,000	3,250,000	122	3	210	130
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2025	2,800,000	200,000	5,250,000	2,500,000	112	9	210	100
di cui per stabilizzazioni						1		
CESSAZIONI PREVISTE 2026	3,050,000	75,000	5,250,000	3,250,000	122	3	210	130
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2026	3,050,000	75,000	5,250,000	3,250,000	122	3	210	130
CESSAZIONI PREVISTE 2027	3,050,000	75,000	5,250,000	3,250,000	122	3	210	130
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2027	3,050,000	75,000	5,250,000	3,250,000	122	3	210	130
Per consentire la confrontabilità tra i dati, nei costi del personale dipendente è stato sterilizzato l'impatto degli incrementi contrattuali 2024 rispetto al 2023, per complessivi 13.732.000 Euro								
	COSTO personale a tempo determinato				TESTE equivalenti personale a tempo determinato (3)			
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA 2023	3,948,564	284,341	590,392	404,735	39.1	3	23.7	16.8
CONSISTENZA 2024	2,211,600	158,000	582,919	293,914	22	0.4	23.6	11.8
PREVISIONE CONSISTENZA 2025	2,500,000	60,000	480,000	340,000	25	0	18	15
PREVISIONE CONSISTENZA 2026	2,500,000	0	450,000	360,000	25	0	15	15
PREVISIONE CONSISTENZA 2027	1,800,000	0	300,000	280,000	20	0	10	10
	COSTO personale in somministrazione				TESTE equivalenti personale in somministrazione (3)			
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA 2023	0	0	3,403,382	270,575	0	0	68.99	5.51
CONSISTENZA 2024	0	0	3,034,202	279,598	0	0	62.52	6.99
PREVISIONE CONSISTENZA 2025	0	0	3,050,000	230,000	0	0	64	5
PREVISIONE CONSISTENZA 2026	0	0	2,750,000	230,000	0	0	55	5
PREVISIONE CONSISTENZA 2027	0	0	2,700,000	230,000	0	0	50	5
	COSTO personale a incarico libero professionale				TESTE equivalenti personale con incarico libero professionale (3)			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA 2023	582,000	0	0	0	11.75	0	0	0
CONSISTENZA 2024	950,600	0	0	168,320	30.5	0	0	4
PREVISIONE CONSISTENZA 2025	1,100,000	0	0	170,000	36	0	0	4
PREVISIONE CONSISTENZA 2026	1,000,000	0	0	100,000	32	0	0	2
PREVISIONE CONSISTENZA 2027	800,000	0	0	50,000	26	0	0	0

	COSTO personale comandato				TESTE equivalenti personale comandato (3)			
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA 2023	0	0	0	0	4.67	0.87	12.39	8.27
CONSISTENZA 2024	0	0	0	0	-4.8	-0.67	2.58	-6.8
PREVISIONE CONSISTENZA 2025	0	0	0	0	-4.8	-1	2	-8
PREVISIONE CONSISTENZA 2026	0	0	0	0	-6	-1	2	-8
PREVISIONE CONSISTENZA 2027	0	0	0	0	-6	-1	2	-8
NOTA: i costi per il personale comandato e le assegnazioni temporanee in ingresso sono già calcolati nel personale TD - per le teste è riportato il saldo tra comandi in entrata e in uscita								
	COSTO/RISPARMIO personale universitario				TESTE personale universitario			
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA AI 31/12/2023								
CESSAZIONI 2024 (2)								
INGRESSI 2024 (2)								
CESSAZIONI PREVISTE 2025								
INGRESSI PROGRAMMATI 2025								
CESSAZIONI PREVISTE 2026								
INGRESSI PROGRAMMATI 2026								
CESSAZIONI PREVISTE 2027								
INGRESSI PROGRAMMATI 2027								
	COSTO personale complessivo				COSTO TOTALE DIRIGENZA	COSTO TOTALE COMPARTO	COSTO TOTALE COMPLESSIVO	
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO					
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO				
COSTO PREVISTO 2024	181,205,925	6,598,237	232,555,447	97,005,611	187,804,162	329,561,057	517,365,220	
COSTO PREVISTO 2025	181,393,725	6,625,237	232,468,326	96,253,778	188,018,963	328,722,104	516,741,067	
COSTO PREVISTO 2026	181,293,725	6,565,237	232,138,326	96,203,778	187,858,963	328,342,104	516,201,067	
COSTO PREVISTO 2027	180,393,725	6,565,237	231,938,326	96,073,778	186,958,963	328,012,104	514,971,067	
Per consentire la confrontabilità tra i dati, nei costi del personale dipendente è stato sterilizzato l'impatto degli incrementi contrattuali 2024 rispetto al 2023, per complessivi 13.732.000 Euro								

- NOTE**
- (1) il costo/risparmio è rilevato con riferimento all'intero anno o alla sua quota in base alla data di ingresso o di uscita della risorsa
- (2) comprendere le assunzioni e cessazioni già avvenute e quelle di prossima e attendibile realizzazione alla fine dell'anno
- (3) per testa equivalente si intende la somma dei presenti alla fine di ciascun mese diviso 12