

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

STRUTTURA PROPONENTE: U.O.C. Programmazione strategica
OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2026 – 2028 (PIAO)
L' Estensore Pierattelli Sonia
Il Dirigente e il Responsabile del Procedimento, con la sottoscrizione della proposta di delibera, di pari oggetto n. 0000085 del 27/01/2026 <i>Hash pdf (SHA256): 23fc35e6b594b1248d67570c2f5fe4f9630efd6d24d2cf8cb763814979816c1b</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. 0000085 del 27/01/2026 <i>Hash pdf (SHA256): 23fc35e6b594b1248d67570c2f5fe4f9630efd6d24d2cf8cb763814979816c1b</i>
La Direttrice Amministrativa - Dott.ssa Biancamaria Rossi
La Direttrice Sanitaria - Dott.ssa Barbara Innocenti
La Direttrice dei Servizi Sociali - Dott.ssa Patrizia Castellucci
Il Direttore Generale Dott. Marco Torre

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

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

CONSIDERATO che, tra gli adempimenti soppressi ai sensi del citato art.1, comma 1 del decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022 n. 81, figura anche il Piano di azioni positive (PAP) di cui all'[articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198](#) “Codice delle pari opportunità”;

PRESO ATTO che, in ottemperanza a quanto previsto dal citato art. 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198, il Comitato Unico di Garanzia ha trasmesso in data 17 dicembre 2025 la proposta del “Piano di Azioni Positive” (PAP 2026-2028) per l’acquisizione del parere preventivo alla:

- Consigliera di Parità della Provincia di Arezzo,
- Consigliera di Parità della Provincia di Grosseto
- Consigliera di Parità della Provincia di Siena,
- Consigliera di Parità della Regione Toscana,

PRESO ATTO che sono pervenuti, i seguenti pareri favorevoli alla proposta di “Piano di Azioni Positive” (PAP 2026-2028) da parte di:

- Consigliera di Parità della Provincia di Siena, in data 23 dicembre 2025
- Consigliera di Parità della Provincia di Grosseto, in data 7 gennaio 2026
- Consigliera di Parità della Regione Toscana, in data 19 gennaio 2026
- Consigliera di Parità della Provincia di Arezzo, in data 19 gennaio 2026

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;

PRESO ATTO delle “Indicazioni per la definizione della sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del PIAO”, approvate dal Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione nell’Adunanza del 23 luglio 2025;

VISTO il decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione che approva le “Linee Guida 2025 sul Piano integrato di attività e organizzazione e sul report del PIAO” della Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Funzione Pubblica del 30 ottobre 2025 (pubblicate il 17 dicembre 2025 sul sito del Dipartimento Funzione Pubblica);

RICHIAMATE le deliberazioni n. 608 del 29 aprile 2022, n. 75 del 27 gennaio 2023, n. 93 del 29 gennaio 2024 e n. 65 del 24 gennaio 2025 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), il Piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026 (PIAO) e), il Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027 (PIAO);

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

RICHIAMATA la comunicazione prot. n. 0287987 del 18 novembre 2024 del Direttore Generale 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 2026-2028;

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 2026-2028, 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 2026 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 2026-2028, comprensiva della sezione relativa alla Performance, è stata trasmessa all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) in data 14 gennaio 2026;

PRESO ATTO che la bozza di Piano è stata inviata al Comitato di partecipazione aziendale a cura della Responsabile della Trasparenza in data 15 gennaio 2026;

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 21 gennaio 2026, l'OIV, con verbale trasmesso il 26 gennaio 2026 esprime alcuni “suggerimenti” all'Azienda relativi a:

- 1) opportunità di integrare la parte generale con un esplicito riferimento alle modalità di raccordo intercorrenti tra gli obiettivi di valore pubblico individuati e gli obiettivi strategici;
- 2) opportunità di integrare il PIAO con maggiori indicazioni in merito agli obiettivi relativi all'anticorruzione e alla trasparenza e il loro raccordo con il relativo Piano e le attività svolte in materia, soprattutto alla luce della trasversalità degli obiettivi, nonché indicare nella sezione performance, oltre agli obiettivi strategici anche quelli operativi specifici, misurabili, attuabili, rilevanti, temporizzati;
- 3) opportunità di integrare il documento con le informazioni relative alle modalità in cui le recenti Linee Guida2025 sopracitate saranno attuate in futuro;
- 4) opportunità, a partire dalle prossime edizioni, di dettagliare meglio i soggetti interessati agli obiettivi di valore pubblico, la fine anche di dare evidenza della diretta correlazione tra gli indicatori selezionati e gli obiettivi previsti ed evidenziare come la partecipazione degli stakeholder sia elemento qualificante del processo di programmazione e valutazione delle politiche aziendali;
- 5) opportunità di integrare il testo con esplicito richiamo al Gruppo di Lavoro nominato dal Direttore Generale con comunicazione prot. n. 0287987 del 18 novembre 2024;
- 6) in merito al Piano di Formazione, richiesta di evidenziare le iniziative formative effettuate nel 2025, dettagliando i soggetti a cui sono rivolte, le tipologie di formazione, i tassi di adesione, evidenziando le attività di formazione programmate per il 2026 a supporto degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e trasparenza previsti nel PTPCT;
- 7) vengono richiesti, infine, chiarimenti sul Piano della Transizione Digitale;

DATO ATTO che, in sintesi, il verbale di OIV del 26 gennaio 2026, si conclude “*confermando una valutazione positiva del documento, rimettendo ad una valutazione della direzione strategica le proposte e i suggerimenti sopra indicati garantendo il supporto metodologico dell'Organismo e invitando a proseguire nello sforzo di miglioramento del Piano di Attività e Organizzazione sempre più caratterizzato da una chiarezza di contenuti e da una forte integrazione tra le sezioni che lo compongono ed, in particolare, performance, anticorruzione e trasparenza*”;

DATO ATTO che, in merito ai suggerimenti formulati dall'Organismo Indipendente di valutazione nella seduta del 21 gennaio 2026 e nel successivo verbale del 26 gennaio 2026, l'Azienda precisa quanto segue:

- per quanto riguarda il suggerimento di cui al punto 1), la parte testuale del Piano della Performance è stata debitamente integrata con l'indicazione della correlazione tra obiettivi di valore pubblico e obiettivi strategici, già evidenziata nell'allegato n. 1 relativo a “Sistema di monitoraggio del Piano della Performance” in forma più estesa;
- per il punto 2), la parte testuale relativa a la “Mappatura dei processi” della sottosezione Rischi

corruttivi e trasparenza, nonché l'allegato n. 8, "Mappatura dei processi 2026", evidenziavano già chiaramente la correlazione tra obiettivi di valore pubblico e mappatura di processi "funzionali" alla protezione del valore pubblico. Ad ulteriore sostegno di quanto indicato – su espressa richiesta di OIV – nel citato allegato n. 1, nonché nella parte testuale del Piano della Performance, in corrispondenza dell'ambito Anticorruzione e Trasparenza, vengono ripetuti i processi da mappare per l'anno 2026, "funzionali" al raggiungimento degli obiettivi di valore pubblico;

- per i punti 3), 4) e 5), sono state inserite in Premessa le informazioni richieste, come concordato con i componenti OIV in occasione della seduta;
- per il punto 6), il paragrafo dedicato a "La formazione" della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza declina dettagliatamente le iniziative formative programmate per l'anno 2026 in materia e dà conto puntualmente degli esiti degli eventi formativi realizzati nel corso dell'anno 2025;

CONSIDERATO che, a riscontro dell'osservazione di cui al punto 7), il Piano di Transizione Digitale non viene annoverato tra gli adempimenti assorbiti nel PIAO, (ai sensi del citato decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022 n. 81) e non è contemplato tra i contenuti del PIAO, (ai sensi del citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri Dipartimento Funzione Pubblica emanato in data 30 giugno 2022 n. 132);

SENTITO, inoltre, in merito all'osservazione di cui al punto 7), anche il Responsabile della Transizione Digitale, nominato ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 7 marzo 2005 n. 82 "*Codice dell'Amministrazione Digitale*", il quale provvede a precisare la competenza di ESTAR alla redazione del relativo Piano, in quanto ente titolare della specifica funzione e, tuttavia, rinvia al paragrafo "Implementare nuovi progetti di innovazione, sviluppo e sanità digitale" e seguenti della sottosezione "Valore Pubblico" del PIAO 2026-2028 che delineano efficacemente la strategia di digitalizzazione dell'Azienda USL Toscana sud est;

RITENUTO OPPORTUNO, pertanto, procedere all'approvazione, entro il termine del 31 gennaio 2026, del Piano integrato di attività e organizzazione 2026 - 2028 (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 AL DIRETTORE GENERALE

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

DI APPROVARE il Piano integrato di attività e organizzazione 2026 - 2028 (PIAO) e relativi allegati (n. 10) 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 2026 - 2028 (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 APPROVARE, contestualmente, il “Piano di Azioni Positive” (PAP 2026-2028) che costituisce l’allegato n.2 del Piano integrato di attività e organizzazione 2026 - 2028 (PIAO), allegato parte integrante e sostanziale del presente atto;

DI DARE MANDATO al Comitato Unico di Garanzia (CUG) di avviare ed attuare le azioni previste dal “Piano di Azioni Positive 2026-2028 (PAP)” in collaborazione con le strutture aziendali ed i soggetti coinvolti, nonché ogni eventuale ulteriore adempimento per renderlo efficace;

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, al Comitato Unico di Garanzia (CUG) 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 2026 e l’espletamento 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)

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale Toscana n. 13 del 27 gennaio 2025 con cui si nomina il Dott. Marco Torre nell’incarico di Direttore Generale dell’Azienda USL Toscana sud est con la decorrenza indicata nel contratto di Diritto privato il quale ultimo, sottoscritto in data 29 gennaio 2025 fra il Presidente della Regione Toscana ed il Direttore Generale nominato, reca la data del 30 gennaio 2025;

RICHIAMATA la deliberazione n. 94 del 30 gennaio 2025 di insediamento del Dott. Marco Torre nelle funzioni di Direttore Generale dell’Azienda USL Toscana sud est a far data dal 30 gennaio 2025 e di presa d’atto del contratto di prestazione d’opera intellettuale per lo svolgimento delle proprie funzioni;

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 2026 - 2028(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 2026 - 2028 (PIAO) e relativi allegati (n. 10) 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 2026 - 2028 (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 APPROVARE, contestualmente, il "Piano di Azioni Positive" (PAP 2026-2028) che costituisce l'allegato n.2 del Piano integrato di attività e organizzazione 2026 - 2028 (PIAO), allegato parte integrante e sostanziale del presente atto;

DI DARE MANDATO al Comitato Unico di Garanzia (CUG) di avviare ed attuare le azioni previste dal "Piano di Azioni Positive 2026-2028 (PAP)" in collaborazione con le strutture aziendali ed i soggetti coinvolti, nonché ogni eventuale ulteriore adempimento per renderlo efficace;

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, al Comitato Unico di Garanzia (CUG) 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 2026 e l'espletamento 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.

Il Direttore Generale
(Dott. Marco Torre)



Azienda USL Toscana sud est

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

ANNO 2026-2028

INDICE

Premessa	2
SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE.....	3
Valore pubblico	14
Piano della Performance.....	40
Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza	52
Il programma della Trasparenza	94
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	99
Struttura organizzativa	99
Organizzazione del lavoro agile	101
Piano triennale dei fabbisogni di personale	102
Formazione del personale.....	103
MONITORAGGIO.....	114
ALLEGATI	116

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 decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 e della legge 6 novembre 2012 n. 190. 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 2026.

Alla luce delle recenti *"Linee Guida 2025 sul Piano integrato di attività e organizzazione e sul report del PIAO"* della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Funzione Pubblica del 30 ottobre 2025 (pubblicate il 17 dicembre 2025 sul sito del Dipartimento Funzione Pubblica), l'Azienda conferma di aver strutturato il documento secondo lo schema tipo proposto dal decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Funzione Pubblica 30 giugno 2022, n.132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione".

In particolare, il Piano dell'Azienda è debitamente strutturato in sezioni e sottosezioni, secondo lo schema tipo sopra citato.

Con comunicazione prot. n. 0287987 del 18 novembre 2024 del Direttore Generale, sulla falsariga degli anni precedenti, è stato costituito un **Gruppo di Lavoro aziendale** per la redazione del Piano integrato di attività e organizzazione 2026-2028 costituito da dirigenti e dipendenti delle strutture maggiormente coinvolte nella redazione delle singole Sezioni del documento. Nel dettaglio:

- **Per la Sezione 1- Scheda anagrafica dell'Azienda:** componenti della UOC Programmazione e Controllo di gestione.
- **Per la Sezione 2 – Valore pubblico, performance e anticorruzione:**
 - Sottosezione: Valore pubblico: componenti della UOC Programmazione e Controllo di gestione, del Dipartimento del Governo Economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie, del Dipartimento Tecnico, della UOC Gestione Sistemi di prenotazione CUP, pagamento e servizi digitali al cittadino, della UOC Innovazione e sviluppo processi e Disability Tutor Aziendale.
 - Sottosezione Performance: componenti della UOC Programmazione e Controllo di gestione.
 - Sottosezione Rischi corruttivi e Trasparenza: componenti della UOC Programmazione Strategica, della UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione, della UOC Privacy.
- **Per la Sezione 3 – Organizzazione e capitale umano:** componenti delle diverse strutture del Dipartimento Risorse Umane e, specificamente per la formazione, dell'Area Dipartimentale Sviluppo Professionalità.
- **Per la Sezione 4 – Monitoraggio:** tutte le strutture di cui alle sezioni precedenti

Secondo le indicazioni fornite dalla Direzione Aziendale, i componenti nominati, laddove lo avessero ritenuto necessario, avrebbero potuto coinvolgere strutture e dipendenti non formalmente individuate nella nomina.

Quanto sopra è valso soprattutto per la sottosezione relativa al Valore pubblico per la quale, fin dalla redazione del primo Piano, sono stati coinvolti Dirigenti di varie strutture sanitarie, dalle diverse aree dello Staff della Direzione Sanitaria, al Dipartimento di Prevenzione, al Dipartimento del Farmaco.

La costituzione del Gruppo di Lavoro risponde al preciso obiettivo, richiamato nelle Linee Guida sopracitate di generare Valore Pubblico riconosciuto e condiviso.

La partecipazione all'esterno dell'Azienda è stata assicurata mediante la previsione di apposita procedura aperta di partecipazione mediante pubblicazione della bozza di Piano sul sito dell'Azienda per otto giorni consecutivi, dal 14 gennaio 2026 al 22 gennaio 2026, con invito rivolto a cittadini, imprese e altri stakeholder a formulare proposte o suggerimenti.

Alla scadenza del termine la procedura ha esitato che non sono pervenute osservazioni e/o proposte di integrazione.

Il documento, inoltre, è stato trasmesso al Comitato di Partecipazione dell'Azienda USL Toscana sud est in data 15 gennaio 2026.

L'Azienda, in conformità con quanto previsto dalle Linee Guida sopra citate, per la programmazione futura, si riserva di perseguire un coinvolgimento degli stakeholder ancora più incisivo e di perfezionare il processo di sviluppo e predisposizione del PIAO, secondo un cronoprogramma espressamente suggerito dalle citate Linee Guida.

SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda UsI Toscana sud est è nata a partire dal 1 gennaio 2016 dalla fusione di 3 Aziende Sanitarie 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 Cimabue 109– Grosseto

P.I. e C.F.: 02236310518

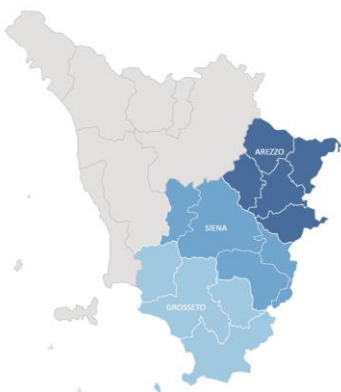
Sito Internet istituzionale: <https://www.uslsudest.toscana.it/>

PEC: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it

L'Azienda identifica la propria **missione** nella promozione e tutela della salute sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio territorio, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza, come previsto dalla normativa nazionale e regionale. La missione aziendale si inserisce all'interno delle scelte di

programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale, integrandosi con esse e contribuendo ad una loro attuazione in risposta ai bisogni di salute della comunità locale. L'Azienda garantisce, mediante un modello integrato, l'organizzazione ed erogazione delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, quali previste dalla normativa vigente e dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale nei 3 livelli di Assistenza: **Prevenzione, Territoriale ed Ospedaliero.**

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



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

Popolazione ISTAT post-censuaria al 01/01/2025- Fonte ISTAT

Zone/province di residenza	Femmine	Maschi	Totale
Alta Val d'Elsa	31.303	30.441	61.744
Senese	63.937	59.451	123.388
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	37.821	36.507	74.328
Provincia di Siena	133.061	126.399	259.460
Casentino	16.641	16.850	33.491
Val Tiberina	14.567	14.168	28.735
Val di Chiana Aretina	25.381	24.187	49.568
Aretina	65.020	62.386	127.406
Valdarno	47.759	46.281	94.040
Provincia di Arezzo	169.368	163.872	333.240
Colline dell'Albegna	24.461	22.959	47.420
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	85.665	81.920	167.585
Provincia di Grosseto	110.126	104.879	215.005
Azienda USL Toscana sud est	412.555	395.150	807.705

L'Azienda USL 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).

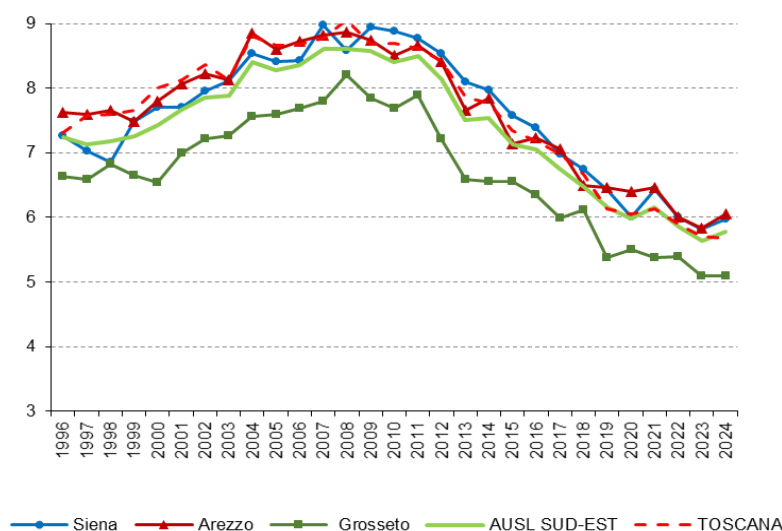
La considerazione di questi elementi (territorio vasto frazionato in piccoli centri scarsamente abitati) unitamente al progressivo invecchiamento della popolazione assume un carattere di assoluto rilievo quando si devono organizzare, e misurare in termini di performance, i servizi sanitari sul territorio.

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 (28%) 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 dell'Azienda USL 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%).

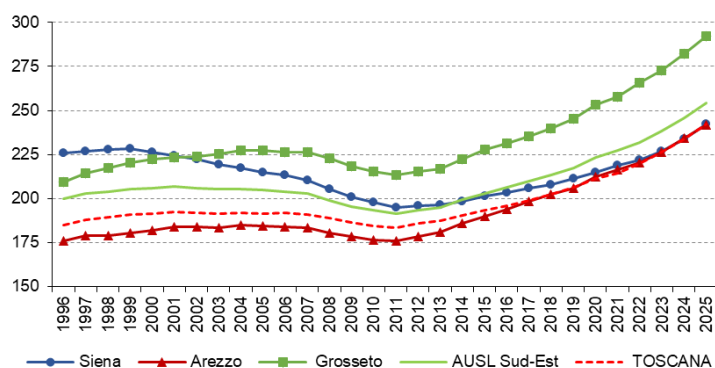
Molto marcato in questa Azienda, come nel resto della regione, a partire dal 2008, è stato anche il calo della natalità legato agli effetti della crisi economica ed alla riduzione della coorte di donne in età fertile; nel 2024 il tasso di natalità si mantiene a livelli molto bassi (5,8 nati per 1.000 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 (4,3 nati per 1.000 abitanti).

Trend tasso di natalità (nati/pop. totale per 1.000) per residenza. Anni 1996-2024



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 Azienda USL Toscana sud est ma particolarmente accentuato nella provincia di Grosseto.

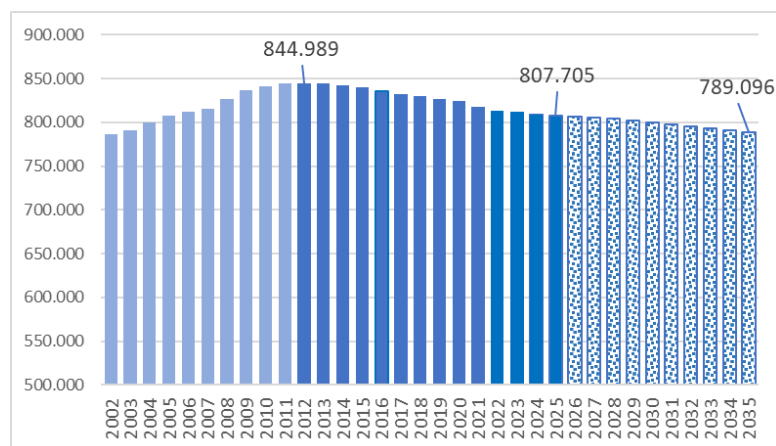
Trend indice di vecchiaia (pop. 65+/pop. 0-14) per residenza. Anni 1996-2025



Nella Azienda USL Toscana sud est Il crollo della natalità sarebbe stato ben più drammatico senza il contributo della popolazione migrante, il 18% dei nati infatti è di cittadinanza estera. Complessivamente nella Azienda USL Toscana sud est, al 01/01/2025, 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 Azienda USL 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 dieci anni.

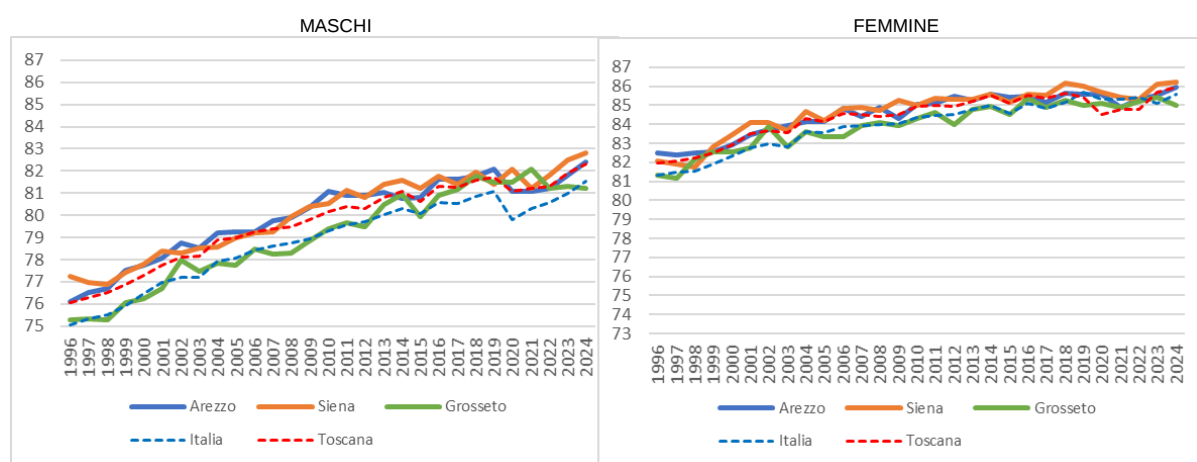
Popolazione residente al 01/01 di ogni anno nella Azienda USL Toscana sud est. Dati definitivi dal 2002 al 2025, e stime dal 2026 al 2035 - Fonte ISTAT



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, l'Azienda USL 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 nel 2020 ha subito una diminuzione, evidente sia a livello nazionale che regionale, a causa della pandemia da Covid-19 per poi riprendere il trend in crescita. Il trend confermato per le provincie di Siena (che in entrambi i sessi ha valori della speranza di vita alla nascita più elevati rispetto alla media regionale e nazionale) e Arezzo (che ha valori in entrambi i sessi allineati alla media regionale) mentre a Grosseto negli ultimi tre anni la speranza di vita resta pressoché costante attestandosi al di sotto della media regionale e nazionale.

Trend speranza di vita alla nascita per residenza e sesso – Anni 1996-2024



Con 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 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) nella Azienda USL Toscana sud est 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. La prevalenza di scompenso nell'Azienda USL Toscana sud est è superiore

alla media regionale e gli eccessi si concentrano in particolare nella provincia di Grosseto; in aumento, e in linea con i valori medi regionali, la prevalenza di insufficienza renale, diabete e BPCO.

Tenuto conto di tutte queste caratteristiche geografiche e demografiche, sul territorio aziendale sono presenti oltre 20 **Case della Salute e/o Case della Comunità (CdC)**, il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria ed è il modello organizzativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento

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 con un'evoluzione orientata ad assicurare prossimità, continuità ed efficacia di presa in carico attraverso la semplificazione dell'accesso, l'integrazione tra i servizi di assistenza primaria e specialistica per le patologie a più elevata prevalenza, lo sviluppo della diagnostica di I livello e dei servizi di telemedicina.

La programmazione dell'Azienda USL Toscana sud est prevede la realizzazione di 41 CdC, di cui 18 finanziate dal PNRR . Evidenziate in rosso quelle per cui è prevista un'attivazione prioritaria come HUB, con erogazione dell'assistenza 7/7 24h.

Provincia	Zona	CdC	Finanziamento
Arezzo	Aretina	Arezzo, Via Guadagnoli	PNRR
		Arezzo, Via Baldaccio D'Anghiari	PNRR
		Civitella in Valdichiana	EXTRA PNRR
		Subbiano	EXTRA PNRR
	Casentino	Bibbiena	PNRR
		Poppi	EXTRA PNRR
		Pratovecchio-Stia	EXTRA PNRR
		Castel Focognano	EXTRA PNRR
	Valtiberina	Sansepolcro	PNRR
		Anghiari-Monterchi	EXTRA PNRR
		Pieve Santo Stefano	EXTRA PNRR
	Valdichiana-Aretina	Castiglion Fiorentino	PNRR
		Cortona	EXTRA PNRR
		Foiano della Chiana	EXTRA PNRR
	Valdarno	San Giovanni Valdarno	PNRR
		Terranuova Bracciolini	PNRR
		Bucine	EXTRA PNRR
		Castelfranco	EXTRA PNRR
		Piandiscò	EXTRA PNRR
Siena	Senese	Siena, viale Sardegna (attivazione temporanea Siena Pian d'Ovile)	EXTRA PNRR
		Montalcino	PNRR
		Rapolano Terme	EXTRA PNRR
		Monteroni d'Arbia	EXTRA PNRR
		Rosia	EXTRA PNRR
	Amiata Val d'Orcia Chiana-Senese	Abbadia S.S.	PNRR
		Chiusi	PNRR
		Sinalunga	EXTRA PNRR
	Val d'Elsa	Poggibonsi	PNRR
		Colle Val D'Elsa	EXTRA PNRR
		San Gimignano	EXTRA PNRR
Grosseto	Grossetana, Amiata Grossetana, Colline Metallifere	Castel del Piano	PNRR
		Follonica	PNRR
		Grosseto, Via Cimabue	PNRR
		Grosseto, Via Don Minzoni	PNRR
		Massa Marittima	EXTRA PNRR
		Roccastrada	EXTRA PNRR
		Scansano	EXTRA PNRR
	Colline Albegna	Porto Santo Stefano	PNRR
		Orbetello	PNRR
		Pitigliano	PNRR
		Manciano	EXTRA PNRR

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 presa in carico del paziente cronico/con bisogni complessi, la promozione della salute. Sono attivi sul territorio anche **Ospedali di Comunità e posti letto di cure intermedie**, cioè strutture sanitarie di ricovero della rete assistenziale territoriale che svolgono una funzione intermedia tra domicilio e ricovero ospedaliero. Agli attuali 196 posti letto, se ne aggiungeranno altri 120 a seguito della realizzazione degli Ospedali di Comunità previsti dal PNRR su Arezzo, Siena, Grosseto, Foiano, Cavriglia e Pitigliano, San Gimignano.

Gli **Hospice** sono invece strutture di ricovero a favore di persone, nella fase terminale della vita affette da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per le quali non esistono terapie o, qualora esistono, siano inadeguate o siano risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Nella nostra Azienda sono attive 7 strutture Hospice per un totale di 34 posti letto.

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

Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante 465 medici di base e 82 pediatri, che assistono complessivamente una popolazione di circa 809.000 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 2025		
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 CHIARA (Nottola – Montepulciano)	166	145	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	415	53
	NUOVO OSPEDALE VALDICHIANA S. MARGHERITA (La Fratta – Cortona)	55	36	19
Po Valdarno	OSPEDALE NUOVO VALDARNO (Montevarchi)	171	153	18
CRT	CENTRO RIABILITAZIONE TERRANUOVA B. SPA	72	72	0
Po Colline Dell'Albegna	OSPEDALE DI ORBETELLO	70	56	14
	OSPEDALE DI PITIGLIANO	25	19	6
	OSPEDALE S. ANDREA MASSA MARITTIMA	70	58	12

		Anno 2025		
Presidio Ospedaliero	Stabilimenti ospedalieri pubblici	PL totali	di cui ord	di cui DH/DS
Po Area Grossetana, Colline Metallifere ed Amiata Grossetana	OSPEDALE CIVILE DI CASTELDELPANO	37	34	3
	OSPEDALE DELLA MISERICORDIA (Grosseto)	419	384	35
Totale azienda		1.862	1.632	230

Fonte dati Flussi Ministeriali - Modello HSP12 Anno 2025

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

		Anno 2025		
Stabilimenti privato accreditato		PL totali	di cui ord	di cui DH/DS
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL (Arezzo)		95	90	5
CASA DI CURA SAN GIUSEPPE (Arezzo)		88	78	10
CASA DI CURA RUGANI (Siena)		80	73	7
Totale		263	241	22

Fonte dati Flussi Ministeriali - Modello HSP13 Anno 2025

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 2023	Anno 2024	Anno 2025 prov.
PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Totale dimessi (ord+dh)	Totale dimessi (ord+dh)	Totale dimessi (ord+dh)
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Abbazia SS	775	785	822
	Osp. Montepulciano	5.647	5.786	5.698
Po Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	6.713	6.393	5.920
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Osp. Bibbiena	2.229	2.225	2.035
	Osp. Sansepolcro	2.183	2.300	2.076
	Osp. Arezzo	19.720	19.647	18.755
	Osp. Cortona	1.639	1.907	1.766
Po Valdarno	Osp. Montevarchi	7.221	7.578	7.122
Po Colline Dell'Albegna	Osp. Orbetello	2.438	2.596	2.535
	Osp. Pitigliano	331	316	272
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Osp. Massa Marittima	2.833	2.924	3.010
	Osp. Casteldelpiano	537	575	666
	Osp. Grosseto	16.819	17.388	16.560

		Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025 provv.
	Spdc C/O A.O. Senese	245	235	216
Totale		69.330	70.655	67.453

Fonte DWH SDO 12/01/2026

Interventi chirurgici per stabilimento

(Interventi Ordinari, Day Surgery)

PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Abbadia SS	303	297	301
	Osp. Montepulciano	1.879	1.830	1.882
Po Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	2.596	2.550	2.488
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Osp. Bibbiena	899	931	768
	Osp. Sansepolcro	1.465	1.510	1.288
	Osp. Arezzo	7.492	7.484	7.170
	Osp. Cortona	659	913	896
Po Valdarno	Osp. Montevarchi	3.233	3.519	3.648
Po Colline Dell'Albegna	Osp. Orbetello	1.241	1.390	1.340
	Osp. Pitigliano			
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Osp. Massa Marittima	1.181	1.095	1.046
	Osp. Casteldelpiano			
	Osp. Grosseto	6.894	7.407	7.500
	Totale	27.842	28.926	28.327

Fonte DWH Registro Operatorio Ormaweb 09/01/2026

NB: non sono compresi gli interventi specialità 049 - 008 - 069

Accessi di Pronto Soccorso per Ospedale

PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Abbadia SS	6.417	6.644	6.434
	Osp. Montepulciano	24.227	25.441	24.632
Po Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	27.686	27.784	27.994
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Osp. Bibbiena	12.356	13.019	13.163
	Osp. Sansepolcro	11.950	12.507	12.548
	Osp. Arezzo	63.957	64.480	64.132
	Osp. Cortona	11.827	12.301	12.237
Po Valdarno	Osp. Montevarchi	36.066	35.489	35.071
Po Colline Dell'Albegna	Osp. Orbetello	19.069	19.886	19.118
	Osp. Pitigliano	5.313	5.377	5.111

PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Osp. Massa Marittima	15.487	15.585	16.267
	Osp. Casteldel piano	8.292	9.011	9.137
	Osp. Grosseto	73.332	77.624	77.344
	Totale	315.979	325.148	323.188

Fonte DWH PS 09/01/2025

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)

	2023	2024	2025
Prov. Siena	3.425.103	3.492.194	3.438.631
Prov. Arezzo	5.793.219	5.915.177	5.978.434
Prov. Grosseto	3.233.091	3.391.872	3.332.152
Totale	12.451.413	12.799.243	12.749.217

Fonte DWH SPA 09/01/2025

Attività di assistenza domiciliare per tipo di percorso

Ad oggi risultano i circa 21.500 gli utenti presi incarico dal territorio nei vari tipi di percorso domiciliare (incluse le cure palliative), che presuppongono la valutazione multidimensionale dell'assistito, la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale, la responsabilità clinica in capo al medico di medicina generale/pediatra di libera scelta o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto aziendale.

Gli anziani over 65 presi in carico in assistenza domiciliare, oggetto dell'indicatore NSG SIAD05, sono stati nel 2025 19.300.

Rispetto alle suddette rilevazioni, tuttavia, è da evidenziare una parzialità dei dati ad oggi disponibili a causa di una variazione nelle modalità di trasmissione del flusso al ministero che sarà consolidata solo all'inizio del 2026.

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 USL 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 circa 378.000 prestazioni 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

Gli obiettivi di valore pubblico che l'Azienda si prefigge con la programmazione 2026-2028 sono:

- **Miglioramento nell'appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura**
- **Miglioramento dei percorsi in ambito sanitario e tecnico- amministrativo** anche mediante l'ausilio della metodologia **Value Based Health Care**
- **Miglioramento dell'efficienza organizzativa e della presa in carico dei cittadini/utenti** (attivazione progressiva della rete territoriale in attuazione del Decreto Ministeriale 77/2022 e alla ridefinizione della rete ospedaliera)
- **Trasformazione Digitale** (digitalizzazione dei processi e governo del dato)
- **Miglioramento delle competenze gestionali e professionali del personale aziendale** (valorizzazione del capitale umano e leadership diffusa)
- **Miglioramento della qualità percepita dal cittadino/utente**
- **Miglioramento della sicurezza delle cure**
- **Sostenibilità economica dei servizi erogati**

Alla luce degli obiettivi di valore pubblico individuati, l'Azienda stabilisce come obiettivi strategici, tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali, quelli inerenti al rispetto degli:

- Indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
- Indicatori del sistema di Valutazione della Performance Regionale del Laboratorio MeS;
- Indicatori del Piano Nazionale Esiti (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 declina gli obiettivi strategici sopra descritti, **nelle seguenti aree** che saranno meglio dettagliati nell'allegato n. 1 a questo 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
- ✓ Attuazione della Delibera regionale sul Pronto Soccorso DGRT 532/23 (Indirizzi operativi per prevenire e gestire i fenomeni di sovraffollamento-overcrowding e attesa ricovero-boarding)

Intervenire con azioni di rafforzamento della rete territoriale e definizione del ruolo di ciascun stabilimento ospedaliero

- ✓ Attivazione progressiva della rete territoriale in condivisione con gli stakeholder (sindache e sindaci, associazioni del terzo settore e cittadini), per una nuova visione integrata e orientata ai bisogni del territorio
- ✓ Definizione del ruolo di ciascun ospedale, in collaborazione con sindache e sindaci, tenendo conto del contesto e degli indicatori di volume ed esito previsti dal Decreto Ministeriale 70/2015

Incrementare le misure di prevenzione e sicurezza delle cure

- ✓ Sviluppare 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

- ✓ Attenzione al miglioramento dei percorsi di qualità in ambito sanitario e tecnico amministrativo
- ✓ Mantenimento della 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)
- ✓ Modalità di lavoro innovative. Leadership diffusa.
- ✓ Coinvolgimento di comunità e istituzioni locali, terzo settore, con comunicazione efficace e trasparente con tutti gli stakeholder a supporto del cambiamento
- ✓ 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
- ✓ Prosecuzione nel processo di informatizzazione, tra cui: cartella clinica informatizzata (CR1), Sistema Informativo Territoriale Regionale (AsterCloud) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio.
- ✓ Implementazione delle attività di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio) in coerenza con le indicazioni regionali.

- ✓ Sviluppo di nuovi modelli organizzativi sostenibili, innovativi, flessibili con applicazione della metodologia Value-Based-Health Care che aiuta a governare la scarsità di risorse, allocando i fondi dove generano il massimo impatto di salute, riducendo sprechi e inappropriatezze
- ✓ Governo del dato: mantenimento e miglioramento di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei dati aziendali
- ✓ 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: Valorizzazione, implementazione e diffusione di strumenti accesso digitale per utenti
- ✓ Interventi per migliorare l'accoglienza e il decoro. Miglioramento accessibilità fisica
- ✓ Sviluppo progetti PNRR: implementazione Case di Comunità
- ✓ Piani di efficientamento energetico
- ✓ Innovazioni terapeutiche e tecnologiche con garanzia dell'equità di accesso

4. BUON USO DELLE RISORSE

- ✓ Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e all'utilizzo dei dispositivi medici con relativo governo della spesa
- ✓ Miglioramento e/o mantenimento della distribuzione diretta
- ✓ Miglioramento nella gestione dei beni sanitari e non sanitari
- ✓ Attenzione all'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di visita e diagnostica
- ✓ Integrazione professionale, nuovi approcci al lavoro con modalità innovative

In particolare nell'ambito dell'**ATTIVITA' E PERFORMANCE** da evidenziare l'importante obiettivo di proseguire con le azioni per il governo **dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie** e 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 (visite e diagnostica):

Per le quali sono previste le seguenti azioni:

- monitoraggio del *catchment index* e del rispetto dei tempi di attesa per le singole prestazioni sanitarie;
- continua informazione dei medici di medicina generale sul proprio comportamento prescrittivo, riguardo alle singole prestazioni sanitarie, in comparazione con quello dei colleghi della propria zona distretto, della propria AFT e dell'intera Azienda USL Toscana sud est;
- ottimizzazione della risposta ai bisogni di salute presunti attraverso la rivasitazione dei percorsi clinico-assistenziali: come esempio si ricorda il lavoro interaziendale con l'Azienda Universitaria per adeguare la rete clinica integrata contro il "mal di schiena";
- audit clinici con i medici di medicina generale per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni di visita e diagnostica;
- audit clinici con gli specialisti per una completa presa in carico degli utenti;
- ottemperanza delle progettazioni specifiche per l'abbattimento delle liste d'attesa nelle discipline particolarmente critiche, "Progetto Clessidra".

Governo delle liste di attesa chirurgiche:

- monitoraggio dell'appropriatezza di attribuzione delle classi di priorità cliniche agli interventi chirurgici;

- monitoraggio dei tempi d'attesa e dello scorrimento adeguato delle liste nel rispetto dei bisogni di salute degli utenti

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 erogate sia dalle strutture ospedaliere a gestione diretta sia dalle strutture private convenzionate, 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).

Rispetto delle Delibera Regione Toscana DGRT 532/23: Indirizzi operativi per prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding in Pronto Soccorso

Nel triennio 2026-2028 si confermano le attività previste dalla Azienda USL Toscana sud est per la gestione dell'overcrowding e del boarding nei Pronto Soccorso dei propri Presidi ospedalieri in attuazione della DGRT 532/23, tra cui: i) Attivazione funzione di bed management per 12 ore 7/7; ii) Attivazione fast track 7/7; iii) attivazione See & Treat 10 ore al giorno 7/7; iv) Presenza di flussista per 12 ore 7/7.

Tali azioni saranno inoltre inserite in una più ampia progettualità aziendale che ridefinisca le regole di cooperazione tra Pronto Soccorso e Aree di degenza. In particolare verrà sviluppato un progetto per migliorare l'integrazione tra Pronto Soccorso e Area Medica in tutti gli stabilimenti ospedalieri aziendali secondo il "modello Trend" sperimentato con successo a Padova e poi in tutti i pronto soccorso della Regione Veneto dal 2018. La progettualità ha l'obiettivo di migliorare la gestione del boarding e le condizioni di lavoro dei Pronto Soccorso definendo un metodo di distribuzione dei ricoveri verso i vari setting di degenza con particolare riferimento a quelli di area medica e di consentire modalità di monitoraggio da parte della Direzione Aziendale.

Nell'ambito delle azioni di rafforzamento della rete territoriali **obiettivi prioritari del triennio 2026-2028 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**, in condivisione con gli stakeholder (sindache e sindaci, associazioni del terzo settore e cittadini), per una nuova visione integrata e orientata ai bisogni del territorio

Attivazione progressiva della rete territoriale in attuazione del DM 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 e a medio-bassa complessità la cui progressiva implementazione procede secondo le tempistiche del PNRR.

Di seguito la situazione attuale degli Ospedali Di Comunità e i relativi posti letto:

Zona	Nome	PL attuali
Aretina	OdC Arezzo - San Giuseppe	24
Aretina Totale		24
Val di Chiana Aretina	Mo.di.C.A La Fratta	8

Zona	Nome	PL attuali
	OdC Foiano della Chiana	10
Val di Chiana Aretina Totale		18
Casentino	Cure intermedie Bibbiena	4
Casentino totale		4
Val Tiberina	OdC Valtiberina	10
Val Tiberina Totale		10
Valdarno	Mo.di.C.A. Valdarno	18
Valdarno Totale		18
Grossetana, Amiata Grossetana, Colline Metallifere	OdC Amiata GR	10
	OdC CI Grosseto	20
	CI Massa Marittima	3
Grossetana, Amiata Grossetana, Colline Metallifere Totale		33
Colline dell'Albegna	CI Orbetello	4
	CI Pitigliano	3
Totale Colline dell'Albegna		7
Alta Val D'Elsa	OdC CI Val D'Elsa	12
Alta Val D'Elsa Totale		12
Amiata Senese e Valdorcia, Val di Chiana Senese	CI Abbazia SS	6
	OdC CI Nottola	14
Amiata Senese e Valdorcia, Val di Chiana Senese Totale		20
Senese	OdC CI Montalcino	11
	OdC CI Senese	12
Senese Totale		23
		169

Contribuiscono all'offerta della rete di cure Intermedie 27 ppil ubicati presso RSA e, in una prospettiva a medio termine, i già citati 120 ppil che saranno realizzati nell'ambito delle progettualità PNRR, per un totale di 316 ppil disponibili entro l'anno in corso.

Rete ospedaliera: definizione del ruolo di ciascuno dei 13 ospedali

Considerando che l'Azienda sta operando in un periodo caratterizzato, da forti cambiamenti e da elevate criticità tra cui:

- la carenza di personale, in particolare sanitario e le sfide connesse allo sviluppo di competenze integrate e all'ingresso di nuove generazioni professionali portatrici di mutati valori e bisogni;
- la ristrettezza di risorse economiche e la connessa necessità di ottimizzare i processi e ridurre le inefficienze anche in un'ottica di Value Based Health Care;

- le innovazioni tecnologiche che, a ritmo incessante, impongono modelli professionali iperspecializzati e l'adozione di sistemi di valutazione basati sul HTA (Health Technology Assessment);
- l'invecchiamento della popolazione che determina un incremento delle cronicità, richiedendo un nuovo modello di cura basato sul lungo periodo.
- la domanda crescente di prestazioni sanitarie che impone di agire non solo sull'ottimizzazione dell'offerta sanitaria, ma anche sulla domanda stessa, è in studio una ridefinizione della rete ospedaliera, con la identificazione del ruolo degli ospedali grandi, di quelli di prossimità e medi e una maggiore integrazione fra ospedale e territorio.

Sarà definito il ruolo di ciascuno dei 13 ospedali, in collaborazione con la conferenza dei sindache/sindaci, tenendo conto dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, degli aspetti geografici ma anche dei volumi e degli esiti nel rispetto del DM70/2015.

L'obiettivo è quello di costruire una sanità ospedaliera efficiente, digitalizzata e orientata al miglioramento continuo dell'accoglienza e dei servizi per i cittadini.

Ruolo fondamentale nella programmazione strategica aziendale rimane l'attenzione alle misure di prevenzione e sicurezza delle cure

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 e i Medici di Medicina Generale, le coperture vaccinali ottimali previste dal PNPV per le coorti di età dell'infanzia, adolescenza ed età adulta per il triennio 2026/2028, si intende proseguire e rafforzare il progetto di vaccinazione dei soggetti a rischio sulla base Procedura Aziendale PA-REVA-001 del 03/07/2023.

Dal 2024 sono stati avviati 3 ambulatori vaccinali interni ai presidi ospedalieri (San Donato di Arezzo, Campostaggia, Misericordia di Grosseto) in affiancamento a quelli territoriali che vedono la stretta collaborazione tra i clinici ospedalieri, che svolgono l'importante ruolo di counseling e promozione della prevenzione vaccinale sui propri pazienti fragili, e le UUFF di Igiene Pubblica e Nutrizione, che organizzano le sedute, redigono i piani di vaccinazione individuale e garantiscono la somministrazione dei vaccini.

Per il triennio 2026/2028 si prevede un potenziamento dell'attività di vaccinazione intraospedaliera con l'avvio, nei primi mesi del 2026, di un ambulatorio vaccinale per soggetti a rischio, gestito dal personale della UF di Igiene Pubblica e Nutrizione, anche all'interno dell'ospedale Santa Maria delle Scotte di Siena.

L'attività sarà regolata da una specifica procedura interaziendale con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, attualmente in fase di definizione.

Nel triennio 2026/2028 verrà inoltre proseguita l'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 2026, 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, l'Azienda si impegna sul miglioramento dei percorsi di qualità in ambito sanitario e tecnico amministrativo

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

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. Nello specifico sono iniziati e proseguono i percorsi di qualità che interessano certificazioni di qualità ai sensi della ISO 9001:2015, PDR 125:2022.

Nell'anno 2025 è iniziata una organizzazione per una migliore integrazione tra dipartimenti clinico-assistenziali, 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. Questa organizzazione che ha mostrato risultati rilevanti in termini organizzativi e culturali proseguirà dall'anno 2026 in poi per accelerare una spinta nell'ottica del miglioramento dei risultati ottenuti attraverso il monitoraggio degli esiti raggiunti.

La prosecuzione nello sviluppo delle azioni per il miglioramento della sicurezza nelle cure utilizzando strumenti quali audit ed M&M saranno maggiormente incentivate focalizzando l'attenzione sugli esiti delle azioni di miglioramento.

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; per questo motivo sono state effettuate riunioni con il Comitato di Partecipazione dei cittadini che proseguiranno anche nel 2026.

Particolare attenzione verrà rivolta alla formazione attraverso corsi per facilitatori per la sicurezza delle cure e 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 2026 proseguirà 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'Area Dipartimentale Qualità e Sicurezza delle cure.

Nel 2025 con Decreto n. 18731 del 29/08/2025 è stato rinnovato l'accreditamento istituzionale dell'Azienda Usl Toscana Sud Est e nel 2026 sono previste le verifiche di accreditamento e autorizzazione da parte della Regione Toscana alle quali l'Area Qualità e Sicurezza delle cure fornirà supporto sia all'interno della verifica che ai processi interessati oltre che garantire la funzione di gestione aziendale della qualità e sicurezza delle cure.

La certificazione di qualità dei Dipartimenti tecnico-amministrativi

Dopo l'avvio nei primi mesi del 2023, l'Azienda USL Toscana sud est nei successivi anni 2024 e 2025 ha proseguito nel percorso finalizzato alla implementazione del Sistema di Gestione Qualità (SGQ) dei Dipartimenti tecnico-amministrativi. Si tratta di un progetto piuttosto impegnativo che coinvolge n. 6 Dipartimenti, compreso lo Staff della Direzione, con un numero rilevante di Unità Operative a cui sono assegnate oltre 1.000 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 nelle successive verifiche di mantenimento, effettuate nel luglio 2024 e nel settembre 2025.

Allo stato attuale, pertanto, la norma UNI EN ISO 9001:2015 rappresenta un punto di riferimento fondamentale per l'Azienda, in particolare per la Direzione Amministrativa, al fine di migliorare le proprie attività e relazioni con il territorio, con il contesto di riferimento e con il proprio sistema utente/fornitore interno ed esterno.

Per attivare il progetto sono stati inizialmente individuati i principali 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 quelli 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; le procedure riportano, inoltre, anche gli indicatori di processo e di esito per la misurazione della performance.

Negli scorsi anni, 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 alcune procedure generali e trasversali (Analisi del contesto, Leadership, Gestione verifiche interne, Riesame della Direzione, Gestione delle non conformità ed azioni correttive) che hanno trovato piena attuazione nel corso dell'anno 2025. Particolare impatto e rilevanza ha avuto la procedura di Gestione delle verifiche interne, che si è tradotta in un programma di audit interni piuttosto impegnativo ed articolato, coinvolgendo i responsabili di tutte le strutture interessate. Le attività di autovalutazione e verifica sono state sviluppate anche attraverso il Riesame della Direzione svolto sia a livello complessivo, da parte della Direzione Amministrativa insieme ai Direttori di Dipartimento, sia a livello di singole Unità Operative, anche con la finalità di approfondire i risultati ottenuti attraverso l'analisi degli indicatori e l'individuazione delle azioni di miglioramento. È stato inoltre avviato il sistema per la rilevazione delle "non conformità", gestito attraverso apposita piattaforma informatica; sul piano organizzativo si è ulteriormente consolidata la rete aziendale dei facilitatori della qualità, che hanno garantito un costante raccordo tra la UOC preposta alla gestione del Sistema e le diverse strutture tecnico-amministrative.

Le attività sinora svolte 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 le attività di erogazione delle prestazioni sanitarie e i processi di supporto;
- ✓ razionalizzazione dei processi di lavoro per obiettivi;
- ✓ miglioramento continuo dei processi secondo i principi di qualità.

Gli obiettivi per la qualità dei Dipartimenti tecnico-amministrativi per i prossimi anni, anche in vista del rinnovo triennale della certificazione, si pongono in linea e in coerenza con le azioni di pianificazione e programmazione aziendale, come definite nel presente PIAO ed in particolare nel Piano della Performance. Anche per il triennio 2026-2028 sono confermate le quattro principali aree strategiche di intervento, ovvero: attività e performance; qualità, accreditamento e rischio clinico, trasparenza ed anticorruzione; progetti organizzativi di innovazione e sviluppo; buon uso delle risorse. Sono da considerare, inoltre, le ricadute in termini operativi di alcuni ulteriori obiettivi strategici, relativi in particolare alla trasformazione digitale, alla valorizzazione del capitale umano ed al governo del dato.

È 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 pertanto 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 la programmazione operativa anno 2026 prevedono, tra l'altro, il miglioramento dei percorsi di qualità in ambito sanitario e tecnico-amministrativo, come strumento essenziale di semplificazione dei processi, di razionalizzazione del lavoro e di sviluppo professionale. Si rende quindi necessario un ulteriore consolidamento del sistema, considerando anche gli adempimenti connessi al rinnovo della certificazione per il settore tecnico-amministrativo. Oltre alla definizione di nuove procedure, ormai gestite con modalità digitali attraverso la piattaforma iShareDoc, verrà posta particolare attenzione alle fasi di analisi e monitoraggio dei processi e dei relativi indicatori, per porre in essere le conseguenti azioni di miglioramento e sviluppo. Particolare importanza rivestono anche 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 previsti per l'anno 2026, tra i quali si richiamano in particolare:

- ✓ mantenimento e miglioramento di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili per i vari fattori produttivi;
- ✓ promozione delle politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale, accessibilità digitale: valorizzazione, implementazione e diffusione di strumenti di accesso digitale per gli utenti;
- ✓ miglioramento di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei dati aziendali.

Le strutture tecnico-amministrative sono inoltre coinvolte, direttamente o indirettamente, in tutte le azioni 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 certificazione per la parità di genere

L'Azienda USL conferma il proprio impegno prioritario nella promozione delle pari opportunità e del benessere organizzativo, ponendo particolare attenzione alla conciliazione vita-lavoro, all'inclusività e al contrasto di ogni forma di discriminazione.

In questo contesto si inserisce anche il Comitato Unico di Garanzia (CUG), quale organo con funzioni propositive, consultive e di verifica. Il CUG agisce come interlocutore fondamentale per tradurre gli indirizzi legislativi in risposte concrete alle criticità esistenti.

Nel corso del 2025, il Comitato Unico di Garanzia ha elaborato le istanze programmatiche destinate al Piano delle Azioni Positive per il triennio 2026-2028, (allegato n. 2) che si sostanziano nelle seguenti linee di intervento:

- 1) Favorire l'equilibrio tra vita professionale e privata (Work-Life Balance)**, per creare un ambiente lavorativo che valorizzi la persona nella sua interezza, favorendo motivazione e partecipazione attiva;
- 2) Promozione della diversità e inclusione superando le discriminazioni legate all'età (Age Diversity Management)**, per la valorizzazione delle competenze di tutte le fasce d'età, che rappresenta una risorsa preziosa per l'Azienda;
- 3) Contrasto al gap salariale**, finalizzato a garantire equità e inclusione;
- 4) Adozione di modelli di leadership inclusiva, adattiva e diffusa**, poiché i modelli tradizionali di leadership gerarchica non sono più sufficienti per rispondere alle esigenze di un ambiente complesso e in continuo cambiamento;
- 5) Rafforzamento della comunicazione interna**, per diffondere le azioni positive e sensibilizzare tutto il personale sulle tematiche di equità, inclusione e sicurezza;
- 6) Formazione specifica**, poiché la formazione rappresenta uno strumento chiave per contrastare stereotipi, prevenire conflitti e promuovere il rispetto delle differenze di genere e di ruolo;
- 7) Promozione della salute e benessere sul luogo di lavoro (WHP -Workplace Health Promotion)**, poiché la promozione della salute sul luogo di lavoro non riguarda solo la prevenzione dei rischi, ma anche la valorizzazione del benessere globale dei lavoratori.

Parallelamente al rafforzamento degli organismi istituzionali come il CUG, l'Azienda ha intrapreso un ulteriore salto di qualità gestionale attraverso l'istituzione della funzione DE&I (Diversity, Equity & Inclusion). Tale scelta nasce dalla volontà di strutturare in modo permanente e trasversale le politiche di inclusione, trasformando l'impegno per le pari opportunità in una vera e propria leva di innovazione organizzativa.

Con la Delibera DG n. 696/2023 è stata adottata la "strategia di diversità, equità ed inclusione" (DE&I Strategy) per diffondere una nuova cultura all'interno dell'organizzazione basata su valori, idee, progetti

e azioni strutturate. Inclusione e diversità, se valorizzate, migliorano, infatti, il clima lavorativo, il senso di appartenenza e le diverse competenze funzionali in grado di sviluppare processi innovativi. Con la stessa Delibera, è stata nominata la DE&I Manager, direttamente collegata al Direttore Generale e che agisce su suo diretto mandato quale consulente strategica per lo sviluppo dei temi della DE&I.

L'Azienda USL Toscana sud est è stata la prima Azienda Sanitaria pubblica ad aver adottato la DE&I Strategy per massimizzare il potenziale di ogni persona che opera all'interno dell'Azienda stessa e per promuovere una cultura aziendale aperta, positiva ed inclusiva. La strategia del DE&I è iniziata in Azienda USL Toscana sud est con la redazione del primo Gender Equality Plan (GEP) aziendale, un piano d'azione triennale (2023-2025) per la parità di genere, che ha definito in modo concreto e partecipato le linee di azione per l'inclusione e per il contrasto alle disuguaglianze di genere in tutti i setting lavorativi ed organizzativi. Il GEP, pubblicato sul sito aziendale e diffuso al personale dell'Azienda, coinvolge plurimi aspetti per auspicare un rinnovamento culturale all'interno dell'organizzazione lavorativa: dal linguaggio, rispettoso e inclusivo delle possibili variabili della sfera identitaria e personale di ciascuno (Delibera DG n. 140/2024 "Le Direttive per il linguaggio di genere") alla formazione, per garantire una partecipazione equa e paritaria (inclusi corsi sulla leadership) fino alla selezione del personale e la gestione di carriere per le pari opportunità di accesso. Il GEP ha, così, delineato una programmazione di azioni al fine di rendere concreta la strategia del DE&I.

Questo impianto organizzativo, volto alla valorizzazione delle diversità, trova il suo naturale compimento nel percorso della Certificazione per la Parità di Genere (UNI/PdR 125:2022). A presidio di tale processo, l'Azienda ha formalmente nominato un Comitato Guida, organismo multidisciplinare incaricato di monitorare l'efficacia delle politiche intraprese e di guidare l'organizzazione verso il raggiungimento di obiettivi di equità sempre più ambiziosi.

Nell'anno 2025, in stretta continuità con gli anni precedenti, 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".

Inoltre nel mese di ottobre 2025, a seguito dell'audit annuale di sorveglianza, la società Kiwa Cermet italia ha confermato che l'Azienda USL Toscana sud est ha mantenuto il possesso dei requisiti previsti dalla UNI/PdR 125:2022, ed ha rinnovato la certificazione per la Parità 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 sud est"). Dalla nomina dell'Avvocata Dr.ssa Claudia Bini si riscontra una costante attività di reportistica e monitoraggio della casistica trattata.

- o 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"

- **Disability Tutor** (Delibera DG n. 929 del 22 settembre 2025 avente ad oggetto "Variazione nominativo del dirigente di inclusione sociale e disability tutor aziendale")

Dall'istituzione della figura del Disability tutor avvenuta con la Delibera DG n. 561 del 29 maggio 2024 avente ad oggetto "Nomina del dirigente di inclusione sociale e disability tutor aziendale" e poi con il successivo atto di variazione, si riscontra una costante attività di reportistica e monitoraggio della casistica trattata.

- **Comitato Guida** (Delibera DG n. 295 del 28 marzo 2025 avente ad oggetto "Aggiornamento composizione comitato guida per le politiche di parità di genere ai sensi della norma UNI/PdR 125:2022 ed approvazione regolamento e Delibera DG n. 956 del 30 settembre 2025 avente ad oggetto "Aggiornamento composizione comitato guida per le politiche di parità di genere ai sensi della norma UNI/PdR 125:2022 ed approvazione aggiornamento regolamento)

Il Comitato Guida per le politiche di parità di genere è stato fondamentale per la produzione dei seguenti documenti: "La politica di parità di genere aziendale", il "Piano strategico" ed il "Manuale della prassi di riferimento UNI/PdR 125:2022" approvati con deliberazione n. 930 del 19 settembre 2024, poi aggiornati nel mese di settembre e ottobre 2025 e presentati in occasione dell'audit annuale di sorveglianza del mese di ottobre 2025

Realizzazione dei seguenti eventi e percorsi formativi in collaborazione con il CUG UNISI e la Rete Nazionale dei CUG:

- o Azienda USL 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;
- o L'Azienda USL Toscana sud est verso la certificazione di genere – CUG. 6 giugno 2024 – Auditorium San Donato – Arezzo;
- o I° DE&I Day Azienda USL Toscana sud est - 1 anno di Noi" Valori e strategia - diversità, equità e inclusione. 23 ottobre 2024 - Aula Magna del Rettorato Università di Siena;
- o CUG UNISI & Azienda USL Toscana sud est #avantinsieme attività e valori condivisi 24 ottobre 2024 - Aula Magna del Rettorato Università di Siena;
- o DE&I-THINK TANK – CUG GEP TEAM - Azienda USL Toscana sud est: nuovi percorsi nel segno di empowerment, benessere organizzativo, diritti e pari opportunità – Grosseto – 26 marzo 2025;
- o 10 settembre 2025 partecipazione dell'Azienda USL Toscana sud est alla 5° Convention "Donne protagoniste in sanità" e riconoscimento del Premio Protagoniste in sanità 2025 per la certificazione di parità di genere e il Gender equality plan;
- o DE&I E CUG- DUE ANNI DI NOI! - presso Università degli Studi di Siena_Presidio Via Mattioli, Siena – 23 ottobre 2025

Nel corso del triennio 2026-2028 verranno sviluppate le seguenti attività (con il supporto e coordinamento della DE&I Manager, della Cabina Strategica e del Comitato Guida per la certificazione di genere ed in collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia):

1. Azioni del Comitato Guida per la certificazione di genere;
2. Attuazione e monitoraggio delle azioni per il mantenimento della certificazione di genere;
3. Elaborazione e attuazione del Gender Equality Plan 2026 – 2028;

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 H - Patient Reported Experience Measures, questionari di valutazione del ricovero ospedaliero al momento della dimissione e PREMs TC – Patient Reported Experience Measures Territorio e Cronicità questionari per valutare l'esperienza di cura nella gestione della cronicità in Primary Care, 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:

- 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 nell'Azienda USL Toscana sud est".
- Per quanto riguarda i PREMs il Tasso di Adesione Annuale 2025, se pur provvisorio è dell'86%, il Tasso di Risposta 22.9% e il Tasso di Risposta Effettiva 18.69%, in aumento rispetto al dato dell'anno precedente
- Per i PREMs Territorio e Cronicità il dato riportato è riferito ai primi 11 mesi del 2025: le adesioni sono state 5521, i questionari completati parzialmente sono stati 553 e totalmente 644 per un totale di 1197.

Sono state previste le attività operative di seguito riportate:

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

In senso del tutto trasversale ai suddetti processi di valutazione delle molteplici dimensioni della qualità dell'assistenza erogata (organizzativo-gestionale, professionale e della stessa qualità percepita) è stata introdotta in seno allo Staff della Direzione Sanitaria, già con il piano delle performance 2022-2024, una specifica attività di risk mapping e di risk reporting mirata ad accrescere la circolarità fra la conoscenza delle possibili vulnerabilità rilevanti nell'innescare della conflittualità cittadino-strutture sanitarie e l'adozione delle azioni necessarie al loro contenimento. Tale attività di risk mapping e reporting avviene grazie al supporto dell'Area Dipartimentale Qualità e Sicurezza delle Cure e alla UOSD Prevenzione del Contenzioso che struttura adeguate e accurate Risk Map.

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'innescio soggettivi, legati all'esperienza del paziente, le risk maps hanno compreso il monitoraggio di più dimensioni della patient experience.

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

- estensione dell'attività di risk mapping periodico alle Direzioni di P.O. e di ZD;
- promozione di incontri, audit e/o M&M o sessioni case reports finalizzate all'analisi di singoli eventi critici e/o di casistiche rilevanti in materia di risk 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, anche secondo percorsi formativi on the job dedicati ad aree specialistiche omogenee.

Modalità di lavoro innovative. Leadership diffusa.

In un contesto sanitario caratterizzato da crescente complessità, carenza di risorse e rapida trasformazione organizzativa e tecnologica, l'Azienda promuove modelli di lavoro innovativi fondati su una leadership diffusa e partecipata. Tale approccio supera assetti decisionali eccessivamente piramidali, valorizzando il contributo professionale di tutti i livelli organizzativi e favorendo responsabilizzazione, autonomia e collaborazione interdisciplinare. La leadership diffusa sostiene lo sviluppo di un'organizzazione adattiva, capace di apprendere, innovare e rispondere in modo tempestivo ai bisogni di salute del territorio. In questo quadro, la condivisione delle decisioni, l'ascolto attivo e la fiducia reciproca diventano leve strategiche per rafforzare la coesione interna, migliorare il benessere organizzativo e incrementare l'efficacia e la sostenibilità dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Tale impostazione trova un riferimento concreto nell'esperienza di **Cantiere Sanità**, avviata a partire da giugno 2025, che ha rappresentato per l'Azienda un primo e significativo spazio di sperimentazione di pratiche partecipative, di confronto trasversale e di costruzione condivisa di visione strategica. Attraverso il coinvolgimento attivo dei professionisti, il lavoro su problemi reali e l'adozione di metodologie collaborative, Cantiere Sanità ha contribuito a diffondere una cultura organizzativa orientata al valore, alla corresponsabilità e all'innovazione, anticipando e sostenendo il percorso di trasformazione oggi formalizzato nel processo di elaborazione del Piano Strategico aziendale, fondato sull'ascolto, sulla partecipazione diffusa e sulla valorizzazione delle competenze interne

Coinvolgimento di comunità e istituzioni locali, terzo settore, con comunicazione efficace e trasparente con tutti gli stakeholder a supporto del cambiamento

A dieci anni dalla costituzione dell'Azienda, il Piano di attività e di azione si fonda su un percorso partecipato che valorizza l'ascolto e il coinvolgimento attivo della comunità aziendale, delle istituzioni locali e regionali, del terzo settore, delle organizzazioni sindacali e dei cittadini. La costruzione della strategia futura si configura come un processo condiviso, orientato alla definizione di una visione comune e di obiettivi coerenti con i bisogni di salute della popolazione.

Attraverso strumenti strutturati di comunicazione trasparente e inclusiva, tra cui la raccolta di idee progettuali e survey dedicate, si promuove la coprogettazione e la responsabilizzazione di tutti gli stakeholder, interni ed esterni. Le proposte sono indirizzate a specifiche aree tematiche strategiche, favorendo integrazione, multidisciplinarietà e centralità della persona assistita. Tale approccio rafforza la governance partecipata e sostiene il cambiamento organizzativo, culturale e operativo dell'Azienda. Tutto questo è alla base del progetto **"Cantiere Sanità"** di cui è stato creato anche un Sito Aziendale attraverso il quale gli Stakeholders hanno modo di inserire Progetti da proporre all'Azienda e dare feedback sulla sua organizzazione corrente.

Attenzione alle politiche del personale e alla formazione in ambito PNRR

Nel 2026 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 2026 (già adottato con Deliberazione n. 1243 del 22 dicembre 2026 – già

esecutiva) prevede la realizzazione di 715 eventi (229 in più dello scorso anno!) 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), sulle Infezioni Ospedaliere (ICA) e 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 ha già visto la partecipazione di n. 7336 professionisti (al 30 giugno 2025) raggiungendo l'obiettivo previsto dalla Direttiva del 75% di formati. Nonostante l'obiettivo sia già stato raggiunto la formazione su Syllabus proseguirà anche nel corso del 2026.

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.

Nell'Azienda USL Toscana sud est nel corso del biennio 2024-2025 si sono formati sulle ICA n. 4690 professionisti, ben oltre il target e l'obiettivo che ci era stato assegnato da Regione Toscana.

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

Tale formazione ha avuto inizio il 16 giugno 2025 e si concluderà il 30 giugno 2026.

Attualmente 7947 professionisti dell'Azienda USL Toscana sud est hanno già svolto completamente la formazione per un valore percentuale di oltre il 70% di formati. Tale formazione è tuttora in corso e si concluderà, come detto, il 30 giugno 2026 consentendoci di raggiungere valori ancora più elevati di personale formato.

Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza dell'organizzazione Nei prossimi anni, l'obiettivo 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 varie iniziative di aggiornamento con le diverse strutture aziendali per diffondere in modo trasversale una cultura dell'etica e della legalità, in linea con quanto realizzato negli anni precedenti e di cui si dà ampiamente conto nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza".

Al contempo, diventa sempre più pressante la necessità di far sì che la sottosezione in oggetto risponda pienamente alla filosofia del legislatore che, identificando nel PIAO l'unico vero documento di programmazione delle Amministrazioni pubbliche, individua nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", lo strumento di "protezione" del valore pubblico che costituisce il nucleo centrale del documento.

Per rendere ancora più evidente questo obiettivo, quest'anno, la mappatura dei processi relativi all'anno 2026 viene illustrata con l'indicazione, in corrispondenza di ciascun processo mappato, dell'obiettivo di valore pubblico perseguito.

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

Perseguendo l'obiettivo di contribuire a formare una cultura dell'etica e della legalità tra tutte le professionalità aziendali, per l'anno 2025, come per gli anni precedenti, l'RPC aveva 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.

Da una rilevazione effettuata al 3 dicembre 2025, l'obiettivo risulta ampiamente raggiunto in quanto **542** strutture su **556** totali hanno conseguito l'obiettivo, con una percentuale di successo pari al **97,5%**, superiore a quella dell'anno precedente quando, alla stessa data, era stata raggiunta una percentuale pari al 82,21%.

Per l'anno 2026, l'RPC continuerà a riproporre il medesimo obiettivo di budget trasversale ed un'altrettanta vasta offerta formativa al fine di contribuire a sensibilizzare in modo sempre più capillare le diverse professionalità e ad alimentare quella cultura dell'etica e della legalità che costituiscono i fondamenti del valore pubblico nei confronti di stakeholders e cittadinanza.

Gli esiti dell'offerta formativa proposta dall'RPC per l'anno 2025, nonché il programma per l'anno 2026 sono dettagliatamente descritti nel paragrafo relativo a "La formazione" della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza".

Inclusione sociale e accessibilità delle persone con disabilità

Nel triennio 2026 – 2028 il gruppo di lavoro di cui fanno parte, oltre al Disability Manager, anche le strutture organizzative delle Risorse Umane, del Medico Competente e del Responsabile SPP, ha in programma di procedere con le valutazioni collegiali atte a evadere le istanze di accomodamento ragionevole intra-aziendale così da garantire l'inclusione del lavoratore con disabilità e l'accessibilità dello stesso ai 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'Azienda USL Toscana sud est prevede il proseguimento dello sviluppo di una progettualità di Area Vasta condivisa con AOUS al fine 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 2026-2028 si prevede l'attuazione in continuità degli innovativi progetti interaziendali già implementati nel corso del 2025, come: i) la gestione delle malattie respiratorie complesse che prevede attività congiunte tra le Aree Pneumologiche dell'Azienda USL Toscana sud est e dell'Azienda ospedaliero universitaria senese allo scopo di poter integrare gli spazi di intervento in modo sinergico e complementare tale da offrire una prestazione quanto più possibile omnicomprensiva al paziente pneumologico dell'Area Vasta sud est; 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) 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; iv) la collaborazione tra l'AOUS e l'Azienda USL Toscana sud est in ambito di chirurgia toracica che prevede iniziative ed attività

congiunte, mirate a garantire un approccio integrato e multidisciplinare alla gestione delle patologie oncologiche polmonari; v) il percorso interaziendale della Chirurgia Pediatrica rivolto al bambino da sottoporre ad intervento chirurgico programmato in collaborazione tra l'equipe chirurgica dell'Azienda ospedaliero universitaria senese ed il personale e le strutture sanitarie dell'Azienda USL Toscana sud est 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.

Nel 2026-2028 si prevede, altresì, il potenziamento e l'ulteriore sviluppo di percorsi come: i) 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 come la chirurgia generale; ii) 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; iii) l'evoluzione della rete della cardiologia interventistica con la progettazione di nuovi percorsi e con il proseguimento della formazione dei medici anche attraverso l'utilizzo di nuove protesi valvolari e l'impiego di tecnologie più avanzate; iv) la collaborazione nell'ambito della pneumologia interventistica presso i Presidi Ospedalieri dell'Area Provinciale Senese che prevede la partecipazione dei professionisti dell'AOUS al gruppo multidisciplinare di oncologia toracica nei Presidi Ospedalieri di Nottola e Campostaggia, affiancando oncologi e chirurghi toracici per la condivisione di casi che necessitano di un approccio diagnostico endoscopico e l'esecuzione da parte dei professionisti dell'AOUS di broncoscopie direttamente al letto del paziente o in ambiente ambulatoriale dedicato presso i Presidi Ospedalieri di Nottola e Campostaggia collaborando con il personale presente in sede; v) lo sviluppo del network aziendale per la termocoagulazione dei noduli tiroidei benigni; vi) il percorso condiviso e strutturato per la presa in carico della carcinosi peritoneale con la creazione di una rete di collaborazione e la stesura di apposito PDTA con lo scopo di: definire un percorso diagnostico-terapeutico condiviso per i pazienti con carcinosi peritoneale di origine primitiva o secondaria, standardizzare la fase diagnostico-stadiativa, ottimizzare la definizione delle indicazioni terapeutiche, del timing e della gestione oncologica post-trattamento, rafforzare la comunicazione e l'interazione tra specialisti, favorendo la condivisione di esperienze e risultati per una gestione sempre più efficace della patologia.

Infine, nel triennio 2026-2028 è previsto lo sviluppo di ulteriori attività, come: i) il percorso interaziendale delle "Cure palliative in emergenza e urgenza/area critica" con l'obiettivo di garantire: identificazione precoce dei pazienti con bisogno di cure palliative, permanenza del malato al domicilio quando possibile, presa in carico coordinata in tutti i livelli dell'emergenza-urgenza, proporzionalità terapeutica e qualità delle cure, continuità ospedale-territorio (H-T); ii) lo sviluppo di una progettualità per estendere sul territorio la proposta terapeutica innovativa CAR-T a tutti i pazienti onco-ematologici adulti residenti nell'Area Vasta sud est; iii) lo sviluppo di un PDTA interaziendale per il trattamento delle coagulopatie.

Implementare nuovi progetti di innovazione, sviluppo e sanità digitale

La digitalizzazione del sistema sanitario non è un fine, ma uno strumento. L'Azienda USL Toscana sud est prosegue il percorso di trasformazione digitale avviato negli anni precedenti con un obiettivo preciso: migliorare concretamente l'accesso alle cure e la qualità dell'assistenza, evitando che l'innovazione tecnologica si traduca in nuove forme di complessità burocratica.

Due sono le direttrici che guidano questo percorso: il Piano triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione e le iniziative del PNRR. Entrambe convergono verso una progressiva semplificazione dei processi, sia sanitari che amministrativi.

Prosecuzione nel processo di informatizzazione

Nel 2025 l'Azienda ha completato il dispiegamento della Cartella Clinica Elettronica CR1 in tutti i presidi ospedalieri e nei DEA delle tre province. Parallelamente sono stati unificati i sistemi di Accettazione, Dimissione e Trasferimento (ADT) in un unico gestionale, ottenendo per la prima volta una visione

complessiva e in tempo reale dello stato dei ricoveri su scala aziendale. È stata inoltre completata l'unificazione dell'applicativo di Anatomia Patologica per la rete dei due laboratori aziendali.

Gli sviluppi per il 2026

La Cartella Clinica Elettronica CR1 entra in una fase di evoluzione funzionale. Le principali linee di sviluppo riguardano l'adozione delle tassonomie NNN (NANDA, NIC, NOC) per standardizzare la documentazione infermieristica secondo classificazioni internazionali riconosciute; l'integrazione con i sistemi specialistici — in particolare il Sistema Informativo Cardiologico, la Cartella Oncologica, i percorsi di Radioterapia e Medicina Nucleare — per garantire continuità informativa nei percorsi di cura complessi; l'attivazione del Dossier Clinico Aziendale, che consentirà ai professionisti sanitari di accedere alla documentazione clinica del paziente prodotta all'interno dell'Azienda, nel rispetto delle volontà espresse dal cittadino.

Sul versante territoriale, il Sistema Informativo Territoriale Regionale AsterCloud prosegue il consolidamento dei moduli già attivi (Consultorio, Salute Mentale, Medicina Legale, COT, UVMD) e completa l'implementazione del modulo SINSS per uniformare la registrazione dei dati dell'assistenza domiciliare e residenziale. L'integrazione tra AsterCloud e CR1 rappresenta la priorità dell'anno: l'obiettivo è garantire continuità nella presa in carico del paziente tra ospedale, territorio, Ospedali di Comunità e Hospice.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 viene progressivamente arricchito con referti ambulatoriali, lettere di dimissione, verbali di pronto soccorso e referti di anatomia patologica. L'estensione della firma digitale remota ai professionisti sanitari accelera questo processo e amplia l'accesso dei cittadini alla propria documentazione. Il potenziamento dell'alimentazione del FSE 2.0 procede in linea con gli obiettivi del sub-investimento M6.C2 del PNRR.

Prosegue l'unificazione dei sistemi diagnostici: il percorso di integrazione RIS-PACS raggiunge la piena operatività, il Sistema Informativo di Laboratorio viene unificato su scala aziendale, l'integrazione tra il Sistema Informativo Cardiologico e il PACS viene completata.

Nel 2026 l'Azienda adotta REDCap (Research Electronic Data Capture) come piattaforma istituzionale per la raccolta e gestione dei dati nelle sperimentazioni cliniche e nei progetti di ricerca. REDCap è un sistema web-based sviluppato dalla Vanderbilt University e diffuso a livello internazionale nella comunità scientifica: consente di progettare database per studi clinici, creare questionari elettronici, gestire la raccolta dati multicentrica e garantire la tracciabilità completa delle operazioni secondo i requisiti delle Good Clinical Practice e del GDPR. L'adozione risponde a esigenze concrete: offrire ai ricercatori uno strumento conforme agli standard internazionali, superare la frammentazione degli strumenti attualmente in uso e garantire un ambiente unico, sicuro e governato. L'implementazione prevede la definizione di un modello di governance che disciplini l'accesso alla piattaforma, le modalità di approvazione dei progetti, i ruoli nella gestione dei dati e le procedure di archiviazione. Ogni progetto sarà valutato — sotto il profilo etico, scientifico e di protezione dei dati — attraverso l'integrazione con i percorsi autorizzativi esistenti: Comitato Etico, Direzione Sanitaria, Data Protection Officer. È previsto un programma formativo per ricercatori e personale di supporto, con moduli di base sull'utilizzo della piattaforma e sessioni avanzate sulla progettazione di studi complessi.

Entra nella fase esecutiva il progetto di rifunzionalizzazione della piattaforma documentale Alfresco, definito nel corso del 2025. Alfresco costituisce l'infrastruttura aziendale per la gestione elettronica dei documenti amministrativi e tecnici. Il progetto risponde all'esigenza di standardizzare i processi documentali, oggi frammentati in prassi locali differenti, e di garantire una gestione conforme alle normative sulla conservazione digitale e sulla trasparenza amministrativa. L'intervento prevede la revisione dell'architettura delle cartelle e dei metadati, l'introduzione di workflow approvativi strutturati, l'integrazione con il sistema di protocollo informatico e con la firma digitale, la definizione di policy uniformi per la classificazione, la conservazione e lo scarto dei documenti. L'obiettivo è duplice: sul piano operativo, ridurre i tempi di ricerca e recupero dei documenti, eliminare le ridondanze e garantire la tracciabilità delle versioni; sul piano della conformità, assicurare il rispetto delle regole tecniche sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici previste dalle linee guida

AgID. Il progetto include un percorso di formazione per il personale amministrativo e la definizione di un modello di governance che attribuisca responsabilità chiare nella gestione del sistema documentale.

Il 2026 vede il consolidamento del nuovo software CUP, la cui rifunzionalizzazione è stata avviata nel 2025. Il sistema gestisce l'intero ciclo della prenotazione delle prestazioni sanitarie: dalla ricerca della disponibilità all'assegnazione dell'appuntamento, dalla gestione delle agende alla produzione delle liste di lavoro per le strutture eroganti. L'intervento di consolidamento riguarda in particolare la stabilizzazione delle funzionalità di base, l'ottimizzazione delle performance nei momenti di maggiore carico e l'integrazione con i sistemi di pagamento (PagoPA e POS) e con i canali di accesso del cittadino (App Toscana Salute, totem, call center). Viene inoltre completata l'integrazione con il sistema regionale Zero Code per la gestione delle prenotazioni tramite ricetta dematerializzata. L'obiettivo è garantire un'esperienza di prenotazione fluida e omogenea su tutti i canali, riducendo i tempi di attesa allo sportello e ampliando le possibilità di accesso autonomo da parte del cittadino.

Per i sistemi ADT e Pronto Soccorso, l'attenzione si concentra sul miglioramento della qualità dei dati e sulla corretta alimentazione dei flussi informativi regionali e ministeriali. L'unificazione dei sistemi ADT realizzata nel 2025 ha creato le condizioni per una gestione uniforme dei dati di ricovero su scala aziendale. Nel 2026 l'impegno si sposta sulla qualità: completezza delle informazioni registrate, correttezza della codifica, tempestività dell'aggiornamento. Vengono introdotti controlli automatici per intercettare anomalie e incongruenze prima dell'invio dei flussi, riducendo le necessità di correzione a posteriori. Per il Pronto Soccorso, il lavoro si concentra sull'allineamento delle modalità di registrazione tra i diversi presidi e sulla completa tracciabilità del percorso del paziente, dall'accesso alla dimissione o al ricovero. L'integrazione con la Cartella Clinica Elettronica CR1 garantisce la continuità informativa tra emergenza-urgenza e degenza. Queste attività rispondono a un duplice obiettivo: da un lato, assicurare il corretto adempimento dei debiti informativi verso Regione e Ministero; dall'altro, disporre di dati affidabili per il governo clinico e organizzativo dell'Azienda.

Implementazione delle attività di telemedicina

Il DM 77/2022 ha definito un quadro nazionale per i servizi di telemedicina. La Regione Toscana ha sviluppato l'Infrastruttura Regionale di Telemedicina come piattaforma unica per l'erogazione di questi servizi. Nel secondo semestre 2025 l'Azienda ha predisposto l'allestimento tecnico e organizzativo necessario all'adozione della nuova piattaforma.

Gli sviluppi per il 2026

Il 2026 segna l'avvio operativo della piattaforma regionale di telemedicina. La transizione avviene in modo graduale: fino al raggiungimento della piena maturità della nuova infrastruttura, restano operativi i sistemi esistenti - in particolare la piattaforma di teleconsulto condivisa con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese - per tutti i servizi non ancora disponibili sulla piattaforma regionale.

L'impegno principale dell'anno riguarda l'integrazione della nuova infrastruttura con gli applicativi clinici già in uso: cartella di degenza, cartella ambulatoriale, cartella territoriale, software di Pronto Soccorso, sistema del 118. Questa integrazione è condizione necessaria perché la telemedicina diventi parte ordinaria dell'attività clinica e non un sistema parallelo che genera duplicazioni.

I servizi di teleconsulto specialistico e oncologico, finora erogati attraverso piattaforme aziendali, convergono progressivamente nell'infrastruttura regionale. Lo stesso percorso riguarda la televisita nelle aree insulari - in particolare l'Isola del Giglio - dove la telemedicina rappresenta uno strumento essenziale per garantire continuità assistenziale.

Nel quadro della telemedicina si colloca anche il servizio di Telefarmacia, integrato nel progetto per la distribuzione diretta dei farmaci. Il sistema prevede funzionalità di videoconsulto tra farmacista e paziente per supportare la corretta gestione delle terapie, monitorare l'aderenza terapeutica e fornire consulenza specialistica sui farmaci. La piattaforma consente la gestione digitale delle prescrizioni con tracciamento puntuale delle consegne ed è progettata secondo principi di privacy by design.

Sviluppo di nuovi modelli organizzativi sostenibili, innovativi, flessibili con applicazione della metodologia Value-Based-Health Care (VBHC)

La metodologia VBHC che aiuta a governare la scarsità di risorse, allocando i fondi dove generano il massimo impatto di salute, riducendo sprechi e inappropriately al momento è stata avviata in su due tipologie di percorsi: il paziente con Scompenso Cardiaco e il paziente con Diabete.

Il modello Lean & Value Based Health Care (VBHC), si è posto i seguenti obiettivi:

- migliorare gli esiti clinici rilevanti per il paziente,
- ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie,
- ridurre inappropriately, frammentazione dei percorsi e riammissioni,
- costruire un percorso assistenziale strutturato e misurabile lungo l'intero continuum ospedale–territorio–domicilio.

Il valore viene definito secondo l'approccio VBHC come rapporto tra esiti ottenuti e costi sostenuti.

Il progetto segue un ciclo strutturato VBHC articolato in:

1. centralità del paziente e organizzazione per bisogno,
2. misurazione degli esiti (clinici e riferiti dai pazienti),
3. identificazione del valore per il paziente,
4. misurazione dei costi lungo il percorso,
5. integrazione dell'assistenza ospedale–territorio,
6. standardizzazione e miglioramento continuo dei processi.

Il lavoro è stato pianificato su un orizzonte pluriennale (2024–2026):

- 2024: formazione, assessment, analisi dei dati clinici, di processo e di costo nelle tre province (Arezzo, Siena, Grosseto), mappatura del percorso AS IS;
- 2025–2026: estensione a tutta l'Azienda USL Toscana sud est, realizzazione del modello TO BE, implementazione delle dashboard VBHC e messa a terra delle proposte di miglioramento.

Coinvolgimento dei pazienti

Avviata la raccolta di PREMs tramite questionari anonimi online su esperienza di cura, continuità, qualità di vita e comunicazione. Prevista l'integrazione nella cartella clinica elettronica e la possibile collaborazione con ARS Toscana.

Sono previsti sviluppi futuri:

- integrazione dei questionari nella cartella clinica elettronica (CR1),
- automatizzazione della raccolta dati,
- possibile collaborazione con ARS Toscana per strumenti standardizzati.

Entrambe i progetti sono strutturati seguendo la metodologia VBHC che integra analisi cliniche, organizzative ed economiche, ponendo le basi per un **percorso assistenziale più appropriato, sostenibile e centrato sul paziente**, con un forte orientamento al miglioramento continuo.

In coerenza con i risultati ottenuti nei primi ambiti di applicazione, la metodologia **Value Based Health Care (VBHC)** è in fase di **progressiva estensione ai principali percorsi assistenziali dell'Azienda USL Toscana sud est**, sia in ambito di **cronicità** sia in quello **ospedaliero**.

L'obiettivo è promuovere modelli organizzativi orientati al valore, basati sulla misurazione sistematica degli esiti clinici e dell'esperienza del paziente, sull'integrazione ospedale–territorio e sull'uso appropriato delle risorse.

L'approccio VBHC rappresenta così uno strumento trasversale di governo clinico e programmazione, finalizzato al miglioramento della qualità delle cure, della continuità assistenziale e della sostenibilità del sistema sanitario aziendale.

Governo del dato: mantenimento e miglioramento di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei dati aziendali

L'Azienda in questi anni ha investito nello **sviluppo di DataWareHouse (DWH)** 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. Le Aziende Sanitarie sono infatti in possesso di un quantitativo enorme di dati, la maggior parte dei quali proviene dall'attività sanitaria: transiti in pronto soccorso o reparti ospedalieri, prestazioni ambulatoriali, diagnostica per immagini ed esami di laboratorio, attività territoriali.

La restante parte è generata dalla gestione aziendale che una pubblica amministrazione esercita attraverso i suoi procedimenti e le attività amministrative.

L'azienda è pertanto impegnata, con la collaborazione del personale di Estar, a incrementare il numero dei Data Mart, sottoinsiemi del DWH, per cercare di coprire la conoscenza di sempre più ambiti di attività.

Sono attualmente disponibili Data Mart sull'attività ospedaliera (posti letto, ricoveri, pronto soccorso, sala operatoria), attività territoriale (prestazioni ambulatoriali, tempi di attesa ambulatoriali), personale, consumi di magazzino; in fase di completamento altri Data Mart relativi in particolare ai setting territoriali (assistenza domiciliare, Hospice, Ospedali di Comunità ecc.)

Si proseguirà quindi anche nel triennio 2026-2028, l'attività di generazione di "informazioni" e di produzione di report sempre più vicini alle richieste direzionali, e alle strutture organizzative 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 a supporto alle scelte strategiche e a tutti i Centri di Responsabilità aziendali per monitorare la loro attività e valutare eventuali azioni di miglioramento.

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

Valutazione della congruenza del parco tecnologico-informatico

Un sistema informativo sanitario efficace richiede un'infrastruttura tecnologica adeguata. L'evoluzione dei servizi digitali — cartelle cliniche, telemedicina, fascicolo sanitario — comporta requisiti crescenti in termini di capacità elaborativa, connettività, sicurezza e affidabilità.

Nel corso dell'anno si procede a una ricognizione sistematica dei fabbisogni tecnologici e informatici. L'analisi riguarda tre dimensioni: l'adeguatezza, ovvero la capacità dell'infrastruttura attuale di supportare i servizi in essere e quelli programmati; l'efficienza, intesa come rapporto tra prestazioni erogate e risorse impiegate, con attenzione ai costi di gestione e manutenzione; la sostenibilità, che considera sia gli aspetti economici nel medio periodo sia l'impatto ambientale delle scelte tecnologiche.

La ricognizione produce un documento di pianificazione che orienta gli investimenti e le dismissioni, identificando le priorità di intervento e le eventuali criticità da sanare. Particolare attenzione viene dedicata alla sicurezza informatica, ambito nel quale l'evoluzione delle minacce richiede un aggiornamento costante delle contromisure.

Innovazioni delle apparecchiature elettromedicali

Per le Grandi Apparecchiature si è concluso e messo a regime il processo di innovazione e sviluppo innescato dai finanziamenti del PNRR. In molti casi, con l'installazione delle nuove apparecchiature si è effettuato anche un adeguamento strutturale ed informatico con particolare attenzione al miglioramento del servizio sanitario offerto ai pazienti mediante l'ottimizzazione della gestione dei processi e dei dati disponibili per le valutazioni dei sanitari.

In particolare per le apparecchiature di medio e bassa tecnologia, 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.

Valorizzazione, implementazione e diffusione di strumenti di accesso digitale per utenti

Promozione dell'innovazione digitale e accessibilità

La trasformazione digitale del sistema sanitario richiede una governance solida e una visione strategica. Non basta introdurre nuove tecnologie: occorre che ogni innovazione sia progettata, implementata e gestita secondo criteri di qualità, sicurezza e sostenibilità. Al tempo stesso, l'innovazione genera valore solo se raggiunge chi deve utilizzarla. Il rischio concreto è che la digitalizzazione escluda proprio le fasce di popolazione più fragili - anziani, persone con bassa alfabetizzazione digitale, residenti in aree marginali - creando nuove forme di disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari.

Gli sviluppi per il 2026

L'Azienda affronta questi temi su due piani complementari: la governance dell'innovazione digitale e la promozione dell'accessibilità.

Sul piano della governance, ogni nuovo sviluppo digitale viene progettato in collaborazione con il Data Protection Officer aziendale per garantire conformità normativa e protezione dei dati personali fin dalla progettazione (privacy by design). La standardizzazione della documentazione tecnica assicura che i sistemi siano manutenibili e integrabili nel tempo.

In coerenza con il Piano Triennale per l'Informatica nella PA 2024-2026 e con il Regolamento (UE) 2024/1689 (AI Act), l'Azienda avvia nel 2026 un percorso strutturato per la valutazione, l'adozione e la governance di soluzioni basate sull'intelligenza artificiale. Il percorso si fonda su quattro direttrici. La prima riguarda l'infrastruttura informativa: l'efficacia dei sistemi di IA dipende dalla qualità delle basi dati, pertanto si procederà a un assessment del patrimonio informativo aziendale, verificando livelli di qualità e interoperabilità e definendo le condizioni tecniche abilitanti; l'attività è posta sotto il coordinamento del Responsabile per la Transizione Digitale, in coerenza con le indicazioni del Piano Triennale per l'Informatica nella PA. La seconda direttrice concerne la conformità normativa: verrà definita una procedura per la classificazione dei casi d'uso secondo i livelli di rischio previsti dall'AI Act, con coinvolgimento delle funzioni legali e del DPO; per le applicazioni in ambito clinico-assistenziale, tipicamente a "rischio alto", saranno attivate le funzioni di Risk Management e Medicina Legale per valutare gli impatti sulla sicurezza del paziente. La terza direttrice investe cultura e competenze: verrà realizzato un programma di alfabetizzazione rivolto al personale, con un percorso comune sui fondamenti (tecnologie, normativa, implicazioni organizzative) e moduli specifici per aree professionali; saranno attivati laboratori per raccogliere bisogni e proposte dai diversi ambiti organizzativi. La quarta direttrice prevede una sperimentazione graduale: le prime sperimentazioni riguarderanno processi amministrativi e di supporto, e solo successivamente, con le necessarie garanzie, si valuterà l'estensione a processi clinico-assistenziali; ogni sperimentazione sarà preceduta da analisi dei rischi e accompagnata da misure di monitoraggio. A supporto del percorso verrà costituito un Gruppo di lavoro aziendale sull'IA, coordinato dal RTD e con la partecipazione delle funzioni ICT, Affari Legali, DPO, Risk Management, Risorse Umane e Comunicazione, oltre a referenti delle aree sanitaria, amministrativa e tecnica.

L'estensione della piattaforma PagoPA, avviata nel 2025 nell'ambito delle iniziative finanziate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, prosegue nel 2026 con l'obiettivo di consolidare il canale unificato per

l'accesso dei cittadini ai servizi di pagamento dell'Azienda. Il progetto, sottoposto a monitoraggio da parte del Dipartimento per la Transizione Digitale, ha richiesto un significativo lavoro di coordinamento con ESTAR e con i fornitori dei sistemi gestionali per l'allineamento delle tassonomie di pagamento alle specifiche indicate nella richiesta di finanziamento. L'attività ha comportato la creazione e configurazione di nuovi tributi sul sistema IRIS, la riconciliazione con i tariffari regionali — in particolare per le prestazioni del Dipartimento di Prevenzione — e l'esecuzione delle transazioni di validazione necessarie all'asseveramento del progetto. Nel 2026 l'impegno si concentra sul completamento dell'integrazione per l'intera gamma delle prestazioni aziendali soggette a pagamento, consolidando il rispetto degli impegni assunti con il PNRR.

Nel 2026 verrà realizzata l'iniziativa di integrazione dei terminali POS con il sistema CUP accettatore aziendale. Il progetto, che si inserisce nel più ampio contesto del rinnovo della convenzione di tesoreria, prevede il dispiegamento di nuovi terminali POS pagoPA su tutto il territorio aziendale e la loro interconnessione con la piattaforma gestionale CUP attraverso una soluzione già adottata con successo dalle altre Aziende sanitarie toscane. L'intervento mira a digitalizzare integralmente il flusso di pagamento delle prestazioni sanitarie, eliminando la digitazione manuale degli importi e garantendo la trasmissione automatica dei dati dalla postazione CUP al terminale di pagamento. Tale integrazione consentirà una riconciliazione automatica degli incassi sui sistemi contabili aziendali, riducendo significativamente il carico di lavoro amministrativo e azzerando il rischio di errori e disallineamenti. Il piano di implementazione, avviato a fine 2025 in collaborazione con ESTAR per gli aspetti di integrazione applicativa, prevede il completamento della sostituzione dell'intero parco POS entro febbraio 2026, con successiva attivazione progressiva delle funzionalità di integrazione nel corso dell'anno.

Sul piano dell'accessibilità, l'Azienda interviene per prevenire l'emarginazione digitale e semplificare l'accesso ai servizi. Le Botteghe della Salute continuano a svolgere una funzione di supporto attivo alle categorie fragili, affiancando i cittadini nell'utilizzo dei servizi digitali. La formazione del personale sanitario include competenze di accompagnamento all'uso degli strumenti digitali. Dove necessario, viene mantenuto l'accesso attraverso canali tradizionali: la digitalizzazione amplia le opzioni disponibili, non le sostituisce in modo indiscriminato.

L'App regionale "Toscana Salute" rappresenta il punto di accesso unificato ai servizi del sistema sanitario: l'Azienda supporta l'attivazione delle nuove funzionalità previste e ne promuove l'utilizzo. I totem multifunzione presenti nelle strutture aziendali vengono potenziati con nuove funzionalità per ridurre i tempi di attesa e semplificare le operazioni amministrative.

L'obiettivo di fondo resta chiaro: la tecnologia deve essere strumento di inclusione, non di discriminazione, garantendo che l'innovazione digitale sia sempre accompagnata da un adeguato supporto umano e organizzativo.

Interventi per migliorare accoglienza e decoro. Miglioramento accessibilità fisica

Potrà essere sviluppato un progetto per migliorare il sistema di accoglienza nelle nostre strutture sia ospedaliere che territoriali. Per quanto riguarda l'accessibilità delle nostre strutture, nel confermare che sono già accessibili, potremmo pensare a soluzioni per migliorare quanto già presente attualmente.

Sviluppo progetti PNRR

Nel corso dell'anno 2026 verranno attivate tutte le **Case di Comunità HUB** previste dalla programmazione di Regione Toscana.

Si tratta delle seguenti Case della Comunità:

- ✓ area provinciale Grossetana: Orbetello (già attiva), Monte Argentario (già attiva), Pitigliano, Grosseto via Don Minzoni, Grosseto Villa Pizzetti, Follonica, Castel del Piano
- ✓ area provinciale Senese: Chiusi, Montalcino, Abbadia San Salvatore, Poggibonsi
- ✓ area provinciale Aretina: Arezzo via Guadagnoli, Arezzo Baldaccio, Castel Fiorentino, San Giovanni Valdarno, Terranuova Bracciolini, Bibbiena, San Sepolcro

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 4.134,24 TEP/Anno e Riduzione di Emissioni di CO2 pari a - 8.385,72 Tonn/Anno.

L'Azienda ha pianificato le azioni future in termini di efficientamento energetico con l'adozione di un piano aziendale approvato con Deliberazione del Direttore Generale n.1.456 del 16/11/2022, che prevede nel periodo 2023-2028 le seguenti linee di azione:

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

Nel corso del 2025 è stata terminata la costruzione di un impianto fotovoltaico da 500 kWp presso l'Ospedale San Donato di Arezzo, che sta garantendo una autoproduzione di energia elettrica internamente all'Ospedale San Donato di Arezzo pari a 650.000 kWh di energia elettrica e sono in fase di ultimazione (fine lavori prevista per dicembre 2026) due progetti illumination per la riduzione del consumo dei corpi illuminanti presso l'Ospedale Gruccia del Valdarno (cambio di 435 apparecchi illuminanti esterni e 1.162 corpi illuminanti interni, che garantirà un risparmio energetico di 340.000 kWh) e presso l'Ospedale San Donato di Arezzo (cambio di 274 apparecchi illuminanti esterni e 880 corpi illuminanti interni che garantirà un risparmio energetico di 164.000 kWh).

L'obiettivo del Piano di Efficientamento Energetico 2023-2028 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.

Innovazioni terapeutiche e tecnologiche con garanzia dell'equità di accesso

L'innovazione in ambito sanitario — nuovi farmaci, nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche — pone una questione di equità: come garantire che i benefici dell'innovazione raggiungano tutti i cittadini, indipendentemente dal luogo di residenza o dalla condizione sociale. A partire dal 2024 l'Azienda ha avviato un percorso di informatizzazione e digitalizzazione dei processi legati alla gestione del farmaco, sia sul versante amministrativo sia su quello clinico-assistenziale.

Gli sviluppi per il 2026

Il 2026 vede il consolidamento e l'estensione di questo percorso attraverso quattro linee di intervento.

La prima riguarda l'integrazione delle attività di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva all'interno della Cartella Clinica Elettronica CR1. L'obiettivo è rendere disponibili ai clinici, nel contesto della documentazione di cura, gli strumenti per verificare la coerenza delle prescrizioni farmaceutiche con i criteri di appropriatezza definiti a livello aziendale e regionale, supportando le decisioni terapeutiche con informazioni strutturate e aggiornate.

La seconda linea di intervento riguarda la gestione degli approvvigionamenti farmaceutici. Viene completato il passaggio al sistema aziendale degli ordinativi per l'approvvigionamento dei beni farmaceutici e dispositivi presso i magazzini ESTAR, con gestione unitaria del budget dei diversi centri di costo. L'unificazione consente una visione complessiva della spesa farmaceutica e una programmazione più efficace degli acquisti.

La terza linea riguarda la gestione degli studi clinici. Come descritto nella sezione relativa all'informatizzazione, l'Azienda adotta la piattaforma REDCap per la gestione degli studi clinici e osservazionali, conforme alla normativa nazionale ed europea sulla sperimentazione clinica e sulla protezione dei dati personali. La piattaforma copre l'intero ciclo di vita dello studio: dalla progettazione alla raccolta dati, dalla gestione amministrativa e regolatoria all'archiviazione.

La quarta linea di intervento costituisce la principale iniziativa in tema di equità di accesso: lo sviluppo di una piattaforma digitale per la distribuzione diretta dei farmaci in prossimità. Il sistema consente di portare i farmaci - in particolare quelli ad alto costo o che richiedono catene del freddo - presso strutture periferiche e al domicilio del paziente, riducendo la necessità di spostamenti verso i centri di distribuzione ospedalieri. La piattaforma è progettata con particolare attenzione alla tracciabilità dell'intero processo, alla conformità con la normativa sulla protezione dei dati personali e all'integrazione con i sistemi informativi regionali.

Il progetto integra la componente logistica con servizi di Telefarmacia che permettono al farmacista di seguire il paziente a distanza, verificando l'aderenza terapeutica e fornendo supporto nella gestione delle terapie complesse. Il sistema prevede funzionalità di videoconsulto tra farmacista e paziente ed è progettato secondo principi di privacy by design.

L'obiettivo complessivo è duplice: migliorare l'accessibilità per i pazienti residenti in aree distanti dai presidi ospedalieri - zone periferiche, rurali e montane - e per le persone con difficoltà di mobilità; garantire una gestione appropriata dei farmaci attraverso il monitoraggio e il supporto professionale.

La valutazione delle innovazioni terapeutiche e tecnologiche considera sia l'efficacia clinica sia la sostenibilità economica e organizzativa, con particolare attenzione all'equità territoriale nella distribuzione delle opportunità di cura.

In ambito del **buon uso delle risorse e della sostenibilità economica** particolare attenzione sarà data ai seguenti ambiti:

Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e all'utilizzo dei dispositivi medici con relativo governo della spesa

In base alle linee di indirizzo per Aree Terapeutiche e di Intervento Omogenee che annualmente vengono fornite dalla Regione alle Aziende Sanitarie, vengono adottate le migliori strategie per il monitoraggio dell'appropriatezza farmaceutica tramite: un sistema di reportistiche aggiornato

automaticamente su base mensile rispetto alla spesa farmaceutica nei tre canali di distribuzione (distribuzione diretta, distribuzione per conto, spesa farmaceutica convenzionata) fino a livello del singolo prescrittore (sia specialista che medico di medicina generale e pediatra di libera scelta); incontri periodici con i dipartimenti clinici o aree dipartimentali per linea specialistica e con le AFT dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta; promozione dell'uso di specialità medicinali cost-saving a parità di indicazioni al trattamento e setting. Analoghi strumenti di monitoraggio sono previsti per il governo della spesa dei dispositivi medici, che vengono coniugati anche a strategie logistiche e contrattuali che permettano di avere la disponibilità di ampie gamme di prodotti senza che questo gravi sul bilancio aziendale (es conto deposito) e la condivisione con i professionisti di linee di indirizzo locali sul loro utilizzo.

Miglioramento e/o mantenimento della distribuzione diretta

La distribuzione diretta di medicinali viene effettuata tramite una rete di Punti Farmaceutici di Continuità presso i presidi provinciali ed alcuni presidi periferici, integrati con i Servizi Farmaceutici Territoriali ovvero loro proiezioni per la distribuzione diretta di dispositivi medici/presidi/alimenti a fini medici speciali.

Come da normativa nazionale e regionale vigente, la distribuzione diretta dei medicinali è rivolta a pazienti in dimissione da ricovero (ordinario/day hospital/day surgery) e a seguito di visita specialistica ambulatoriale (prima visita, follow-up); a questo si aggiunge la distribuzione diretta istituzionale ed esclusiva in favore di pazienti dei setting residenziali, semi-residenziali e domiciliari nonché di particolari categorie di pazienti (es malattie rare) di medicinali orfani, esteri, ad uso esclusivo ospedaliero, interventi extra-LEA a carico del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale; distribuzione diretta di dispositivi medici ad alta tecnologia ed uso specialistico.

Per i pazienti setting residenziali, semi-residenziali e domiciliari, l'Azienda integra la distribuzione diretta presso i front-office, con l'home-delivery senza costi a carico del cittadino.

Miglioramento nella gestione dei beni sanitari

Prosegue l'impegno a collaborare con ESTAR per individuare nuove modalità di gestione dei beni sanitari presso i magazzini ESTAR nell'Area Vasta sud est al fine di ridurre l'immobilizzazione delle scorte presso i Centri di Costo.

L'Azienda è costantemente impegnata nell'attuazione dei vari Accordi di collaborazione della Regione con le Organizzazioni Sindacali di Categoria delle Farmacie Pubbliche e Private per la distribuzione per conto tramite le farmacie convenzionate di medicinali, dispositivi medici/presidi/alimenti a fini medici speciali.

Attenzione all'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di visita e diagnostica

Attraverso: 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.

Integrazione professionale, nuovi approcci al lavoro con modalità innovative

L'Azienda riconosce il capitale umano come un fattore strategico essenziale per il raggiungimento degli obiettivi di salute e di creazione di valore pubblico, promuovendo l'integrazione professionale attraverso l'adozione di modelli organizzativi innovativi. In coerenza con quanto emerso anche nell'ambito del Cantiere Sanità, l'Azienda intende sviluppare nuovi approcci al lavoro orientati alla collaborazione multiprofessionale, alla flessibilità organizzativa e alla valorizzazione delle competenze. Tali obiettivi saranno perseguiti anche mediante la rotazione programmata del personale e l'introduzione di modalità di lavoro agile per le attività compatibili.

Parallelamente, l'Azienda sostiene l'attivazione di percorsi innovativi finalizzati a un utilizzo più efficace e sostenibile delle risorse umane, attraverso strumenti quali la telemedicina, il telemonitoraggio e l'impiego di piattaforme digitali per la presa in carico integrata e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. L'adozione di tali soluzioni contribuisce a una più equilibrata distribuzione dei carichi di lavoro, al miglioramento dei processi organizzativi e al benessere complessivo del personale, nel rispetto dei principi di sostenibilità e di qualità dei servizi erogati.

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 volume ed esito 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 2026 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.

A tutti questi obiettivi se ne aggiungono altri, scaturiti anche dell'esperienza del Cantiere Sanità precedentemente descritta, inerenti in via prioritaria alla trasformazione digitale, alla valorizzazione del capitale umano, all'utilizzo della metodologia Value Based Health Care (VBHC), allo sviluppo della rete territoriale e ospedaliera, alle-strategie di valorizzazione e inclusione della diversità, *Diversity, Equity and Inclusion-Strategy*-(DE&I Strategy).

Dagli indirizzi nazionali e 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.

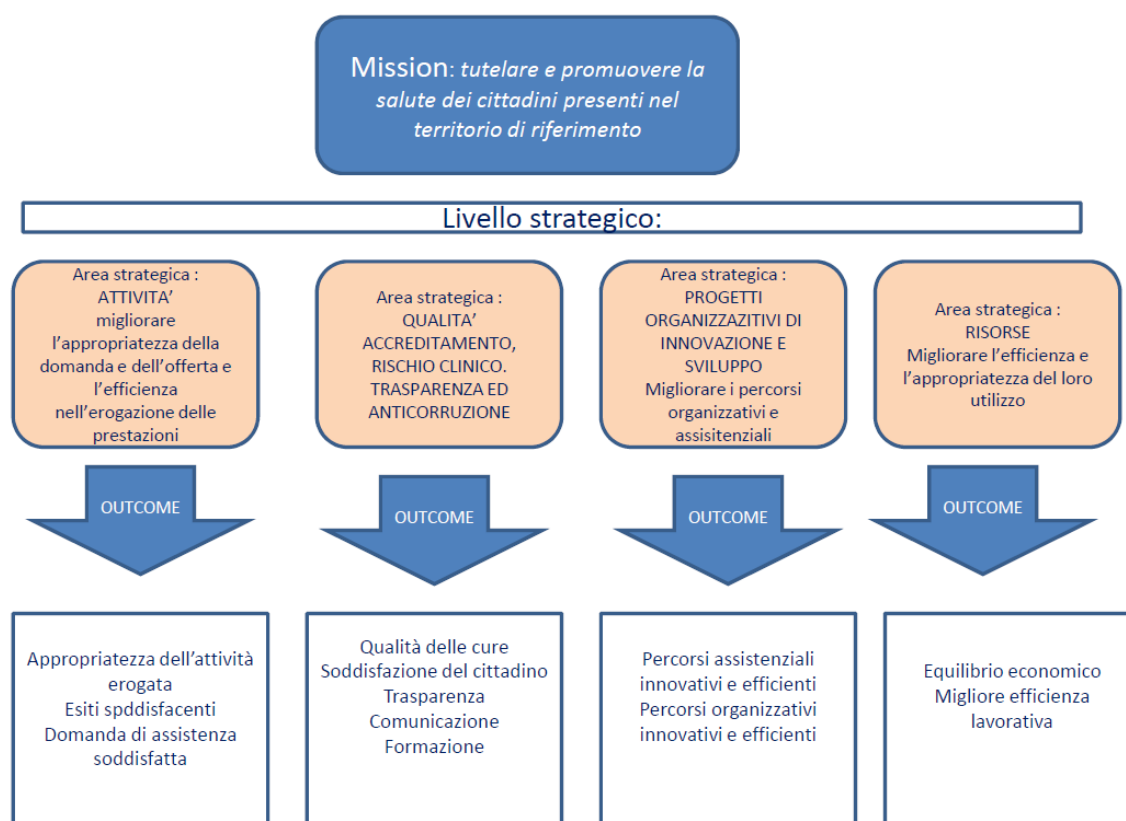
Al fine di rendere il processo di budget uno **strumento integrato e coerente per il governo dell'azienda** è previsto uno stretto collegamento tra la programmazione strategica e la programmazione operativa. E' in questa fase, ed in particolar modo nelle schede budget che gli obiettivi trovano la declinazione 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 600 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, nonché delle verifiche intermedie e della valutazione finale, l'azienda ha formalizzato un apposito documento, pubblicato nel sito internet aziendale, (<https://www.uslsudest.toscana.it/amministrazione-trasparente/performance>), chiamato **Sistema di Misurazione e Valutazione (SMVP)**.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance (art. 7 c. 1 d.lgs. 150/2009) descrive le "regole del gioco" che l'amministrazione ha definito ai fini dell'implementazione del ciclo della performance. Tale documento, aggiornato annualmente, è adottato in coerenza con gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica e recepisce le indicazioni ministeriali in materia di valutazione e performance (Direttiva Ministro Pubblica Amministrazione Paolo Zangrillo del 28.11.2023, e successive integrazioni in materia di performance e formazione).

Il sistema di budget prevede l'articolazione delle schede da assegnare ai Centri di responsabilità secondo le **4 macro-aree strategiche** al cui interno troviamo declinati i rispettivi obiettivi espressi con indicatori specifici, alcuni dei quali fanno riferimento anche a quanto previsto nel Piano della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e al Piano Formazione.



Di seguito la declinazione degli **obiettivi della programmazione annuale 2026**:

OBIETTIVI STRATEGICI NAZIONALI E/O REGIONALI:	OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO (OUT COME)
Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) indicatori CORE	
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.	MIGLIORAMENTO NELL' APPROPRIATEZZA, EFFICACIA E QUALITA' DELLE PRESTAZIONI DI PREVENZIONE E CURA DEI CITTADINI / UTENTI
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 inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza 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 48 ore dall'accesso in struttura	
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 volume e esito (da Piano Nazionale Esiti -PNE)	
Intervento colecistectomia laparoscopica: rispetto soglia volume ricoveri per struttura	
Intervento chirurgico per TM mammella: rispetto soglia volume ricoveri per struttura	
Intervento chirurgico per TM colon: rispetto soglia volume ricoveri per struttura	
Intervento chirurgico per frattura del collo del femore: soglia volume ricoveri per struttura	
Intervento chirurgico per protesi anca: soglia volume ricoveri per struttura	
Intervento chirurgico per protesi ginocchio: soglia volume ricoveri per struttura	
Infarto Miocardico Acuto_ mortalità a 30 gg	
Intervento chirurgico per TM colon: rispetto soglia volume ricoveri per struttura	
Intervento per tumore del colon, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento	
Intervento per tumore allo stomaco, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento	
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario, complicanza a 30 giorni dall'intervento	
Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenzapost-operatoria inferiore a tre giorni	
Frattura del collo del femore, rischio di morte entro 30 giorni dall'evento	

OBIETTIVI STRATEGICI NAZIONALI E/O REGIONALI:	OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO (OUT COME)
Indicatori del Sistema di Valutazione della Performance regionale del Laboratorio Management e Sanità. Indicatori da Bersaglio (MeS)	

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE:				OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO (OUT COME)
AREA STRATEGICA	LINEA DI INDIRIZZO	AMBITO	Descrizione indicatore	
ATTIVITA' E PERFORMANCE: Perseguimento Strategie Regionali e Aziendali	Proseguire con le azioni per il governo dell'appropriatezza a nell'erogazione delle prestazioni sanitarie	Attività Ambulatoriale	TEMPO DI ATTESA : % prestazioni ambulatoriali erogate entro la soglia regionale per classe di priorità	MIGLIORAMENTO NELL'APPROPRIATEZZA, EFFICACIA E QUALITA' DELLE PRESTAZIONI DI PREVENZIONE E CURA DEI CITTADINI / UTENTI
			Attività ambulatoriale in LIBERA PROFESSIONE. Rispetto standard previsti dalla normativa vigenti	
			Implementazione Televisite e Teleconsulto	
			Riorganizzazione attività ambulatoriale, attivazione percorsi di presa in carico di pazienti con patologie croniche e oncologiche	
			Monitoraggio % prescrizioni (x 100.000 residenti) di prestazioni oggetto di monitoraggio regionale	
		Attività di Ricovero	TEMPO DI ATTESA INTERVENTI CHIRURGICI NON ONCOLOGICI : % di ricoveri per interventi programmati non oncologici che rispettano la soglia regionale di prestazioni erogate entro 30 gg (DGRT604/2019)	
			TEMPO DI ATTESA INTERVENTI CHIRURGICI ONCOLOGICI: % di ricoveri per interventi programmati oncologici che rispettano la soglia regionale di prestazioni erogate entro 30 gg (DGRT604/2019)	
			Rispetto dei tempi per interventi di Traumatologia: % operati entro 48 ore	
			Ottimizzazione Degenza Media (gg) in regime di ricovero	
		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 dei Tempi previsti da indicatori del sistema di monitoraggio della Performance della Regione Toscana (MeS)	
	Incrementare le misure di prevenzione e sicurezza delle cure	Attività di Sala operatoria	Monitoraggio liste operatorie e rispetto dei tempi per classi di priorità	
			Rispetto delle soglie di ammissibilità per le procedure chirurgiche da eseguire in RO, DS e Ambulatoriale come da decreto 20196/2021.	
		Attività di Prevenzione	Rispetto campagne vaccinali e di screening	
			Rispetto delle attività previste nel documento di programmazione delle attività per settore	
			Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	
			Anziani 65+ anni trattati in AD	

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE:				OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO (OUT COME)
AREA STRATEGICA	LINEA DI INDIRIZZO	AMBITO	Descrizione indicatore	
	Intervenire con azioni di rafforzamento della rete ospedale-territorio anche inn applicazione DM 77/2022	Attività Socio-Sanitaria Territoriale	Segnalazioni Centrale Operativa Territoriale (COT): % segnalazioni entro 48h	
			Potenziamento della presa in carico della cronicità, implementazione e monitoraggio dei PDTA	
			Potenziamento dell' integrazione Ospedale-Territorio attraverso equipe multidisciplinari in vari ambiti	
			Progettazione e implementazione della Case della Comunità, anche con l'utilizzo dei fondi PNRR	
			Ottimizzazione degenza media in OSPEDALE DI COMUNITA' / MO.DI.CA.	
			Potenziamento posti letto di cure intermedie	
	PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE	Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana. (valore medio performance)		
QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO, TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	Promuovere la qualità , la sicurezza e la trasparenza dei percorsi assistenziali nonché la formazione degli operatori	Formazione	Predisposizione, deliberazione PAF ed invio in Regione entro il termine stabilito. Predisposizione documento. % di realizzazione.	MIGLIORAMENTO DELLE COMPETENZE GESTIONALI E PROFESSIONALI DEL PERSONALE DELL'AZIENDA. VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO
			Formazione obbligatoria per i dipendenti pubblici (Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025)	
			Formazione in ottemperanza alle direttive PNRR. % di personale formato nel rispetto delle quote individuate per ambito di competenza.	
			Garantire e monitorare l'adeguata formazione a tutto il personale in tendenziale coerenza con le indicazioni ministeriali (compreso Antincendio, sicurezza, privacy etc)	
			Diffusione della conoscenza sul GEP (Gender Equality Plan) aziendale. % strutture	
			% eventi formativi realizzati all'interno della macro-struttura di riferimento su N° eventi formativi previsti per la macro-struttura nel piano di formazione x100	
		Qualità e Accreditamento	Prosecuzione nel percorso di Certificazione di Qualità delle strutture tecnico-amministrative.	MIGLIORAMENTO QUALITA E SICUREZZA DEI PERCORSI IN AMBITO SANITARIO E TECNICO AMMINISTRATIVO
			DE&I Strategy. Rispetto delle azioni previste per il mantenimento della certificazione di genere	
			Accreditamento Istituzionale: rispetto programma	
			Completezza Scheda Dimissione Ospedaliera: % SDO chiuse entro il giorno 10 del mese successivo.	
			Indagine PREMs sul ricovero ordinario.	MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' PERCEPITA DAL CITTADINO UTENTE
			Valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta (da indagine Preme) % risposte con valutazione scarsa o pessima.	

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE:				OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO (OUT COME)
AREA STRATEGICA	LINEA DI INDIRIZZO	AMBITO	Descrizione indicatore	
			Progetto PaRIS PREMS Territoriali. N° Adesioni all'indagine	
		Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure	Numero Audit Clinici (per struttura) con azioni di miglioramento	MIGLIORAMENTO NELLA SICUREZZA DELLE CURE
			Numero MMR (per struttura) con azioni di miglioramento	
			Corretta compilazione check list operatoria regionale. N. Check list operatorie compilate correttamente sul N. totale check list.	
			Compilazione delle schede relative alle pratiche per la sicurezza (dolore, cadute, lesioni da pressione valutazione patrimonio venoso, monitoraggio CVC..)	
		Trasparenza e Anticorruzione	Mappatura dei processi e l'individuazione delle relative misure specifiche:	
			1) Completamento lavori, forniture arredi e attivazione reti per realizzazione di Case Comunità hub previste dal PNRR entro i termini previsti dalla normativa vigente in tutte le aree provinciali aziendali	Miglioramento dell'efficienza organizzativa e della presa in carico del cittadino utente
			2) Attivazione e realizzazione di procedure di reclutamento per personale sanitario assegnato a Case di Comunità hub	
			3) Produzione di reportistica alla Direzione Aziendale e ai Direttori di Zona Distretto relativa ai costi relativi all'apertura di Case di Comunità hub	
			4) Procedimento di introduzione della cartella clinica digitale	Trasformazione digitale
			5) Sviluppo del processo di telemedicina	Valorizzazione capitale umano
			6) Procedimento di approvazione dei progetti incentivanti	
			7) Espletamento di procedure selettive per il conferimento di incarichi di funzione e per progressioni tra aree per il personale del comparto	Miglioramento nell'appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura dei cittadini/utenti
			8) Monitoraggio del rispetto dei tempi degli interventi chirurgici per classi di priorità in ragione dell'inserimento in lista di attesa	
			9) Monitoraggio dello scorrimento adeguato delle liste nel rispetto dei bisogni di salute degli utenti	Valorizzazione capitale umano
			Divulgazione del Codice di Comportamento e del Regolamento sul Conflitto di Interessi	
OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE E SVILUPPO	Implementare nuovi progetti organizzativi, di innovazione e sviluppo e sanità digitale	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)	MIGLIORAMENTO DEI PERCORSI IN AMBITO SANITARIO E TECNICO AMMINISTRATIVO
			Revisione, stesura procedure o istruzioni operative in ambiti specifici	
			Ottimizzazione percorso pagamenti fornitori Monitoraggio tempi di liquidazione: % di fatture liquidate/contestate al fornitore entro 30 giorni dal ricevimento.	

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE:				OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO (OUT COME)
AREA STRATEGICA	LINEA DI INDIRIZZO	AMBITO	Descrizione indicatore	
			Azioni di recupero crediti. % di gestione delle posizioni aperte (recupero importi /prescrizione /azzeramento)	
			Adozione di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili per i vari fattori produttivi	
			Redazione documento di programmazione interaziendale di Area Vasta	
		Innovazioni e Sviluppi Aziendali	Sviluppo dei progetti di efficientamento energetico: riduzione fabbisogno energetico	SOSTENIBILITA' ECONOMICA E AMBIENTALE
			Progetti con metodologia Value-Based Health Care (VBHC): rispetto degli indicatori previsti nella revisione dei percorsi Scompenso Cardiaco e Diabete	MIGLIORAMENTO NELL'EFFICIENZA ORGANIZZATIVA e DELLA PRESA IN CARICO DEL CITTADINO UTENTE
			Riorganizzazione rete ospedaliera: definizione del ruolo di ciascun ospedale	
			Riorganizzazione rete territoriale: attivazione progressiva delle nuove strutture e dei servizi territoriali	
		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	TRASFORMAZIONE DIGITALI digitalizzazione dei processi e interconnessione dei dati: -miglioramento nell'accessibilità ai servizi da parte dei cittadini / utenti -miglioramento della condivisione dei dati sanitari -miglioramento percorsi clinico terapeutici
			Sviluppo di Strumenti digitali a supporto delle attività di Monitoraggio. Sviluppo nuovi Datamart su DWH e Cruscotti Qlik. % di realizzazione	
			Evoluzione della Cartella Clinica Elettronica (CR1) con introduzione delle tassonomia NNN per standardizzare la documentazione infermieristica	
			Implementazione di strumenti di accesso digitale per migliorare l'accessibilità alle prestazioni e pagamenti per i cittadini	
			Sviluppo della piattaforma di telemedicina secondo indicazioni regionali	
BUON USO DELLE RISORSE	Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e al governo della spesa	Azioni di Appropriatezza	Contenimento costi per TRASPORTI SANITARI in dimissione.	SOSTENIBILITA' ECONOMICA DEI SERVIZI EROGATI
			Appropriatezza prescrittiva molecole ad alto costo. Rispetto indicazioni regionali	
			Attenzione all'appropriatezza prescrittiva di visite specialistiche e diagnostiche	
		Costi	Governo della spesa di BENI SANITARI e NON SANITARI con attenzione all'appropriatezza prescrittiva dei medicinali e all'utilizzo dei dispositivi medici nelle strutture sanitarie	
			Governo costi per ASSISTENZA PROTESICA	
			Assistenza residenziale / semiresidenziale e inserimenti lavorativi per utenti DSM	
			Assistenza residenziale e semiresidenziale DISABILI	

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE:				OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO (OUT COME)
AREA STRATEGICA	LINEA DI INDIRIZZO	AMBITO	Descrizione indicatore	
			Assistenza residenziale/semiresidenziale per utenti DSM	
			Costi per ass. domiciliare in convenzione	
			Costi per servizi resi da cooperative , contributi e sussidi erogati nell'ambito del FNA	
			Costi per Cure Intermedie - rette per utenti anziani in moduli di cure intermedie e ospedale di comunità	
			Rette in Comunità e Inserimenti Lavorativi per utenti SERT	
			Rette RSA per anziani non autosufficienti	
			Riabilitazione Ex art.26	
			Mantenimento/Incremento della Distribuzione Diretta	
			Governo SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	
			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	
			Governo ed efficientamento costi relativamente ad i budget trasversali assegnati	
			Rispetto del budget orario di attività aggiuntiva per personale dipendente e non	
			Rispetto budget per Trasporti Sanitari	

Per un maggior dettaglio comprensivo degli indicatori declinati nelle schede budget e dei target da raggiungere si rimanda all'**allegato 1** del presente documento.

L'organizzazione aziendale prevede le seguenti macro-strutture:

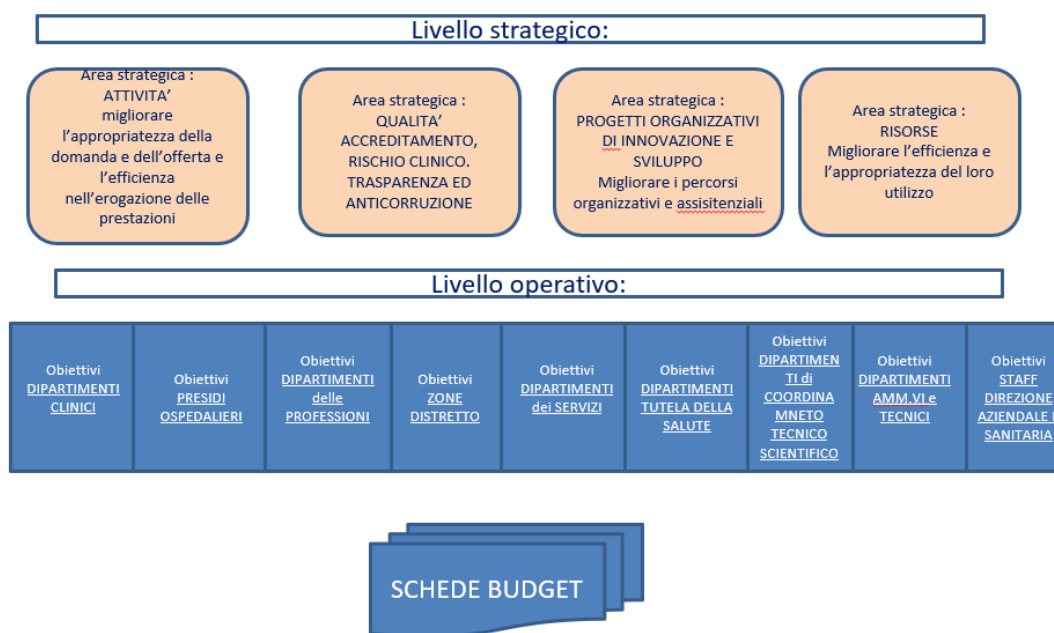
- *Zone Distretto*
- *Presidi Ospedalieri*
- *Staff della Direzione Aziendale*
- *Staff della Direzione Sanitaria*
- *Dipartimenti clinici*
- *Dipartimenti dei servizi (Dip. Diagnostica per immagine, Dip. Diagnostica di Laboratorio e Trasfusionale, Dip. Politiche del Farmaco)*
- *Dipartimenti della Tutela 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 Aree Organizzative di Presidio, Centri di Responsabilità di **2^a livello**, nonché in Unità Operative e Unità Funzionali, definiti Centri di Responsabilità di **3^a livello**.

Nel mese di dicembre 2025 è stato avviato un processo di **revisione organizzativa aziendale** che vede interessato l'assetto dei Dipartimenti e delle Aree Dipartimentali oltre che le strutture organizzative tecnico-amministrative. L'approvazione dell'assetto organizzativo definitivo dell'azienda e l'attivazione completa della nuova organizzazione avverrà nel primo semestre del 2026; in questo documento è ancora illustrata l'organizzazione in essere a dicembre 2025.

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 Programmazione e Controllo di Gestione** 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.

È 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 Azienda USL Toscana sud est delle tre ex Aziende Sanitarie, 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'Azienda USL Toscana sud est 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 e individuale. L'Azienda utilizza un applicativo ad hoc a cui si accede dal Portale del Dipendente sezione Area 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) sulla base dei criteri I criteri adottati per la valutazione dei singoli obiettivi/indicatori riportati nel documento denominato Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), pubblicato nel sito aziendale <https://www.uslsudest.toscana.it/amministrazione-trasparente/performance>.

L'assegnazione degli obiettivi individuali 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 dell'Azienda 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** (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'Organismo Indipendente di Valutazione (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

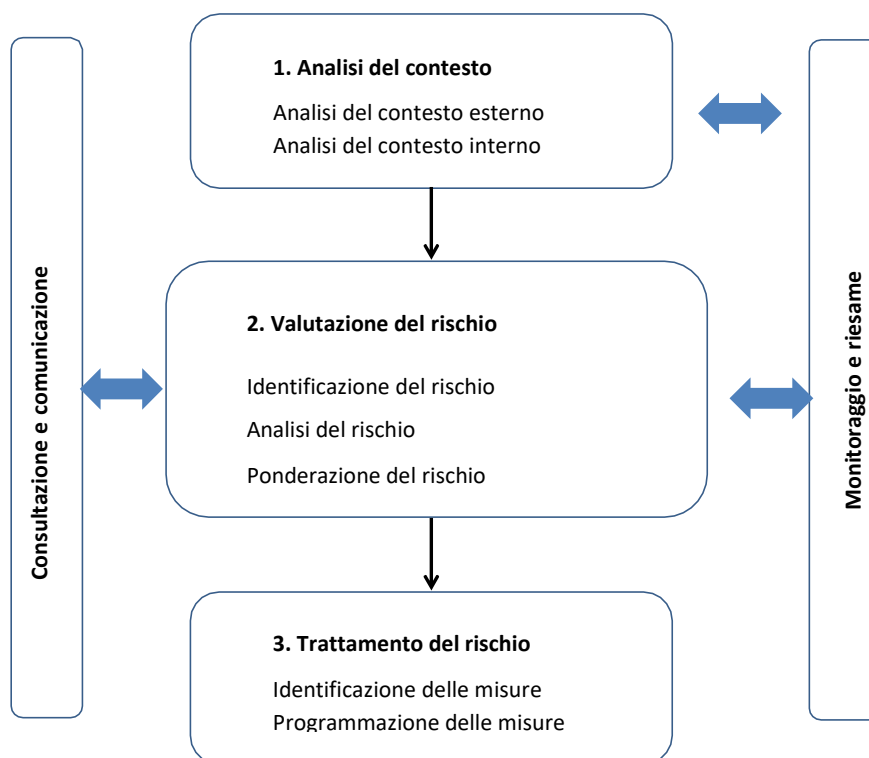
La gestione del rischio di corruzione è un processo complesso che comprende l'insieme di attività, verifiche, procedimenti e controlli etc. posti in essere da vari soggetti aziendali coinvolti nel sistema di prevenzione.

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.

I successivi aggiornamenti (aggiornamento 2023 al Piano Nazionale Anticorruzione 2022, approvato con delibera del Consiglio dell'Autorità n. 605 del 19 dicembre 2023 e aggiornamento 2024 al Piano Nazionale Anticorruzione 2022, approvato con delibera del Consiglio n. 31 del 30 gennaio 2025) richiamano in premessa le suddette indicazioni metodologiche.

Nel momento in cui questo documento è stato redatto, il Piano Nazionale Anticorruzione 2025 è in attesa dei pareri istituzionali finali.

Hanno costituito ulteriore riferimento per la compilazione della sottosezione le "Indicazioni per la definizione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, approvate dal Consiglio dell'Autorità nell'Adunanza del 23 luglio 2025 che confermano che, per la metodologia di gestione del rischio corruttivo, il riferimento continua ad essere l'allegato 1 al Piano Nazionale Anticorruzione 2019. In base alle richiamate 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 2026-2028.

Dall’anno 2025, la scheda 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 consiste nell’individuazione delle caratteristiche culturali, sociali ed economiche del territorio nel quale l’Azienda opera, allo scopo di evidenziare le peculiarità ambientali che potrebbero influire sull’attività dell’amministrazione ed eventualmente favorire, o ostacolare, il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno.

Il progetto "Misurazione del rischio di corruzione a livello territoriale e promozione della trasparenza" (<https://www.anticorruzione.it/il-progetto>), realizzato da ANAC con il cofinanziamento dell’Unione Europea (Programma Operativo Nazionale Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020, Fondo europeo di sviluppo regionale FESR), ha permesso di individuare diversi indicatori utili per quantificare il rischio che si verifichino eventi corruttivi a livello territoriale. In particolare, per quanto riguarda gli indicatori di contesto, questi sono stati raggruppati in quattro domini tematici: istruzione, economia, capitale sociale e criminalità. Attraverso queste categorie è possibile rappresentare in maniera sintetica un contesto territoriale e ragionare di conseguenza sul relativo rischio corruttivo.

Di seguito è illustrato il legame tra i quattro domini tematici e il rischio di corruzione:

ISTRUZIONE: livelli più elevati di corruzione possono essere associati a livelli più bassi di istruzione nella popolazione, poiché le persone con un livello di istruzione più alto sviluppano competenze e conoscenze che potrebbero renderle maggiormente consapevoli del valore delle libertà civili e dunque meno inclini alla corruzione.

ECONOMIA: livelli più bassi di corruzione possono essere associati a livelli più elevati di uguaglianza nella distribuzione del reddito, occupazione, capacità di attrarre investimenti interni ed esteri e di favorire la nascita e la crescita di attività imprenditoriali, intensità della competizione nei mercati, libertà economica.

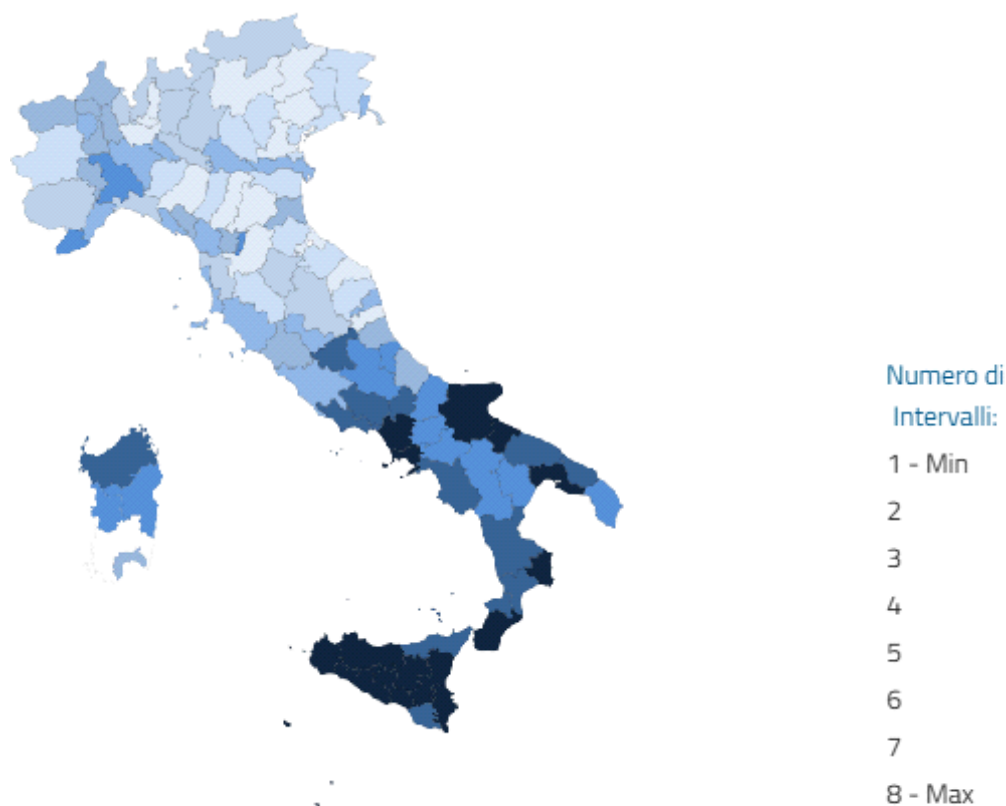
CAPITALE SOCIALE: livelli più bassi di corruzione possono essere associati a livelli più elevati di fiducia nelle istituzioni, nel corpo politico e nelle relazioni sociali interpersonali. I modelli di apprendimento sociale suggeriscono infatti che il comportamento prosociale degli individui è influenzato in maniera significativa da quello dei propri concittadini e dei leader politici, così come la presenza di politici corrotti, al contrario, favorisce la presenza di cittadini corrotti, con l’ulteriore rischio che le norme di comportamento antisociale vengano interiorizzate e trasmesse ai figli o che questi ultimi le apprendano dai coetanei.

CRIMINALITA’: il livello di corruzione non solo può essere associato al livello di criminalità, ma può essere influenzato anche dall’efficacia del sistema giuridico nel contrastarla e dal grado di protezione che esso riconosce agli individui danneggiati dalle attività corruttive.

È importante sottolineare che gli indicatori di contesto offrono soltanto una panoramica generale del complesso contesto sociale ed economico del territorio, suggerendo dove il rischio di corruzione potrebbe manifestarsi con maggiore o minore probabilità, ma ciò non implica necessariamente una correlazione diretta con il fenomeno corruttivo. In altre parole, un contesto territoriale per il quale viene ipotizzato un rischio di corruzione più elevato, non comporta automaticamente una maggiore frequenza di fenomeni corruttivi (e viceversa).

Poiché si tratta di fenomeni complessi e articolati, ciascun dominio viene sintetizzato mediante un indice composito che consente di ricondurre molteplici fattori a un unico valore numerico, facilitandone l'interpretazione.

La seguente immagine mostra le differenze degli indici compositi tra le varie province italiane, calcolati considerando in maniera assimilata i dati di tutti e quattro i domini tematici. Gli indici possono variare da 70 a 130 (il valore di riferimento è 100, calcolato nell'anno base 2014 per l'Italia nel suo insieme). Il numero di intervalli indica il rischio di corruzione calcolato: valori più alti si riferiscono a un maggiore rischio di corruzione.



Le province di Arezzo, Siena e Grosseto presentano indici compositi rispettivamente pari a "96,4", "94,7" e "98,6", mentre l'indice medio nazionale è pari a "100,1" (i valori si riferiscono all'anno 2017 e sono ricavati dalla "Dashboard degli indicatori di contesto" messa a disposizione da ANAC al seguente link:

<https://anac-c1.board.com/#/screen/?capsulePath=Cruscotti%5CIndicatori%20di%20contesto.bcps&screenId=9a72833d-fcc1-44ec-af2f-6f470eabd114&showMenu=false>

Il dato relativo agli indici compositi elaborati a livello nazionale evidenzia come le tre province nelle quali l'Azienda opera si collochino complessivamente al di sotto della media italiana. Questa informazione offre una prima rappresentazione del contesto territoriale relativamente positiva, suggerendo un contesto esterno caratterizzato, in linea generale, da dinamiche culturali e socio-economiche meno esposte a fenomeni corruttivi rispetto ad altre realtà del Paese. Ciò non impedisce comunque di procedere con un'analisi più approfondita delle specifiche caratteristiche del territorio aziendale. Un approfondimento di questo tipo può aiutare a delineare un quadro territoriale più accurato, utile per individuare le aree potenzialmente più sensibili e orientare, in modo mirato, la pianificazione delle azioni di prevenzione della corruzione.

L'Azienda USL Toscana sud est si inserisce in un contesto territoriale caratterizzato da una forte eterogeneità culturale, sociale ed economica. Le tre province presentano, infatti, un tessuto socio-economico differenziato: territori urbani ad alta presenza di servizi (come il comune di Siena), aree con

forte vocazione turistica e rurale (come la Maremma grossetana) e zone montane e collinari con bassa densità abitativa. Tali province presentano differenze rilevanti in termini di densità abitativa, invecchiamento della popolazione, distribuzione dei servizi essenziali e mobilità interna, elementi che incidono direttamente sulla programmazione sanitaria e sull'attività amministrativa. Le dinamiche economiche territoriali, ricostruibili attraverso i dati del Rapporto dell'Istituto Regionale per la Programmazione Economica della Toscana (IRPET) (Istituto Regionale Programmazione Economica Toscana), evidenziano una struttura produttiva caratterizzata da settori prevalenti quali il turismo, l'agroalimentare e i servizi legati alla cultura e al patrimonio storico-artistico (soprattutto nel territorio senese). Le peculiarità demografiche, in particolare la stagionalità dei flussi turistici, la distribuzione non omogenea dei servizi essenziali e l'invecchiamento della popolazione, influenzano la domanda di servizi sanitari e incidono sul processo di programmazione delle risorse sanitarie, generando aspettative e pressioni esterne sulle modalità di allocazione delle risorse, sull'accesso ai servizi e sulle interazioni con soggetti privati e del Terzo settore. Tale complessità territoriale può generare diverse pressioni esterne nei confronti dell'Azienda, con possibili impatti sull'insorgenza di fenomeni corruttivi.

Il Rapporto dell'IRPET anno 2023 "Illegalità e criminalità organizzata nell'economia della Toscana", elaborato con il coordinamento dell'Area di ricerca Economia Pubblica, stima che l'economia illegale in Toscana valga circa 1,2 miliardi di euro, a cui si sommano 10,1 miliardi di euro di economia sommersa, per un totale che rappresenta l'11,7 % del PIL regionale.

Il Rapporto fornisce per la Toscana una ricostruzione di dettaglio delle attività illegali o sommerse, che generalmente sfuggono all'osservazione statistica e alle rilevazioni ufficiali. Il lavoro si articola in quattro parti. La prima parte si riferisce al contesto economico e sociale, che può eventualmente favorire la presenza delle attività criminali o l'attecchire di comportamenti illegali; la seconda parte analizza e misura la presenza dell'economia illegale, prendendo a riferimento le fonti ufficiali, ossia le relazioni da parte dell'autorità investigativa e giudiziaria e le fonti statistiche disponibili; la terza parte viene dedicata al rischio di corruzione e la quarta parte, infine, è dedicata all'economia sommersa.

Al fine di individuare il livello di esposizione a fenomeni corruttivi e genericamente illegali, l'IRPET ha fatto ricorso, nel proprio rapporto, anche agli indicatori economici e sociali predisposti dall'ANAC, concludendo che il profilo delle province toscane non pare caratterizzato da sostanziali fragilità di natura socio-economica. La Regione si pone in coda (al 16° posto) per il dominio "indicatori oggettivi di presenza di crimine organizzato" (es. associazione di tipo mafioso, interdittive antimafia, operazioni finanziarie attinenti criminalità organizzata) e al di sotto della media nazionale per il dominio "indicatori spia di controllo del territorio" (al 13° posto - es. attentati, sequestri, estorsione, usura e corruzione). Al contrario presenta valori più critici e si colloca tra le prime regioni del centro-nord per il dominio "indicatori di esercizio di attività illecite" (al 9° posto - es. riciclaggio, reati legati al ciclo dei rifiuti). L'indicatore sintetico dei tre domini colloca la Toscana a metà strada (10° posto) nella graduatoria nazionale.

Il Rapporto, stimando l'impatto economico dell'economia illegale, evidenzia le aree di vulnerabilità del territorio regionale, utili per la rilevazione del rischio di corruzione e la programmazione dei relativi interventi di contenimento:

1. Ricchezza diffusa e attrattività economica del territorio:

- la Toscana, pur non caratterizzata da un radicamento stabile delle organizzazioni mafiose tradizionali, è tuttavia una realtà con una dinamica economica e una varietà di fonti di reddito appetibili per le attività illegali e per la criminalità organizzata.

2. Settori economici con alta esposizione a fenomeni illeciti:

- il rapporto segnala imprese “cartiere” (aziende costituite con intenzioni di evasione/elusione o riciclaggio tramite emissione di fatture per operazioni inesistenti), che incidono per il 3,6% del totale delle imprese regionali, con punte nei seguenti settori: finanziario-assicurativo (6,6%), costruzioni (5,8%) e commercio (5,4%);
- evidenzia anche fenomeni di contraffazione, traffico illecito, ciclo dei rifiuti: il numero dei reati denunciati relativi al ciclo dei rifiuti colloca la Toscana in 9^a posizione, dopo il periodo critico tra il 2016 e il 2019 (4^a posizione);
- è inoltre evidenziata la «fragilità socio-economica» della provincia di Grosseto, sottolineata come preconditione di vulnerabilità, combinando rischi naturali (alluvioni, incendi, erosione) con fattori socio-economici e infrastrutturali, che riducono la resilienza del territorio.

3. Lavoro irregolare, evasione fiscale e sommerso economico:

- il rapporto indica che la componente del lavoro irregolare e dell’evasione contributiva si pone come fattore di fragilità del sistema produttivo e potenziale veicolo di infiltrazione di fenomeni illeciti;
- l’economia sommersa, con particolare riferimento al lavoro irregolare, al tax gap e all’evasione nella fiscalità regionale, è un fattore strutturale del contesto toscano e pertanto va inserita tra i “fattori esterni di contesto”, che possono configurare rischi di tipo corruttivo (a esempio in appalti, forniture, convenzioni), anche per le Aziende del Sistema Sanitario;
- anche il dato relativo ai reati di riciclaggio si attesta su valori elevati, sebbene, nel lungo periodo, si evidenzino segnali di miglioramento più accentuati rispetto a quanto osservato nel resto del paese. Le segnalazioni di operazioni sospette (Sos), che intermediari finanziari e altri operatori qualificati hanno l’obbligo di comunicare all’Unità di Informazione Finanziaria (Uif) della Banca d’Italia, sono in termini procapite in linea con le regioni del centro-nord, ma la posizione è più critica se si guarda ad alcune province: Prato compare tra le prime cinque e a seguire Siena, Firenze e Lucca. Non dissimile è l’andamento dell’indicatore di rischio di utilizzo anomalo del contante (UIF).

4. Investimenti pubblici/PNRR e procedure di gara a elevato volume:

- il rapporto dedica una sezione (Parte III) al rischio di corruzione, osservando le caratteristiche degli appalti comparati tra PNRR/PNC e quelli ordinari. Nel rapporto è presente una specifica sezione relativa al mercato degli appalti e il PNRR, nella quale vengono illustrati una serie di dati ottenuti combinando l’archivio del Sistema Informativo Telematico Appalti della Toscana (SITAT) con gli Open data dell’Autorità Nazionale Anticorruzione, relativi a tutto il territorio nazionale e relativi agli anni 2022-2023. Si sottolinea che l’uso dei fondi europei (es. PNRR) e l’avvio di numerose procedure di appalto rappresentano, sia un’opportunità di sviluppo, sia un rischio, in quanto possono comportare una riduzione del controllo e una maggiore permeabilità a fenomeni corruttivi, o più in generale, uno spreco di risorse pubbliche. Negli ultimi anni e, in particolare con il nuovo Codice dei contratti pubblici, inoltre, al fine di velocizzare la spesa, sono state introdotte misure di semplificazione nella progettazione e nell’affidamento dei lavori, che non possono non incidere nei confronti di possibili condotte illecite. Da una comparazione effettuata dall’Istituto, emerge come i lavori pubblici discendenti da progetti del PNRR siano caratterizzati da maggiore dimensione media finanziaria, collocandosi per oltre il 60% sopra il milione di Euro sia in Italia in generale, sia in Toscana, mentre quelli non collegati a progetti del PNRR si collocano per circa il 60% al di sotto del milione di Euro. Questo fatto ha accresciuto sicuramente la “minaccia esterna” dovuta alla pressione per gli investimenti di sistema (es. infrastrutture sanitarie, digitalizzazione, servizi territoriali). Dall’analisi dei suddetti dati emerge però che le procedure di lavori pubblici associate al PNRR (il 17% del totale

regionale, 1.200 su 6.700) sono caratterizzate da performance migliori rispetto alle altre procedure. In particolare, confrontate con analoghi lavori delle amministrazioni non finanziati dal PNRR, si registra una maggiore apertura alla concorrenza, grazie al ricorso a procedure di tipo aperto (+12,6% in Toscana, +10% in Italia) e una minore frammentazione della committenza, grazie al maggior ricorso a procedure centralizzate (+10% in Toscana, +20% in Italia). Infine le procedure del PNRR risultano caratterizzate da maggiore celerità dell'attività amministrativa con una riduzione dei tempi di affidamento che arriva, in Toscana, fino al -23% per le procedure aperte (-17% in Italia).

La Procura Generale presso la Corte d'Appello di Firenze nella Relazione sull'attività degli Uffici requirenti del Distretto di Firenze – Anno Giudiziario 2024, evidenzia aumenti rilevanti in talune fattispecie di reati, economico-tributari e fenomeni connessi alla criminalità organizzata e sottolinea l'importanza del presidio su reati che impattano l'economia legale. Questa relazione contribuisce a contestualizzare, a livello distrettuale, i profili di rischio che possono riflettersi anche nelle province di Arezzo, Siena e Grosseto.

I profili di rischio principali evidenziati da questa Relazione nel distretto toscano, in linea con quanto già rilevato anche da IRPET, sono:

1. Crescita dei reati di criminalità organizzata e tributari:

- si registra un aumento dei reati legati alla criminalità organizzata (+26%) e ai reati tributari (+27%);
- particolare attenzione al traffico di stupefacenti gestito da associazioni finalizzate;
- infiltrazione nei circuiti economici: i capitali illeciti derivanti da criminalità organizzata entrano «nel circuito economico legale», richiedendo un monitoraggio anche da parte delle amministrazioni.

2. Smaltimento illecito di rifiuti e correlati rischi ambientali:

- la relazione segnala indagini rilevanti su smaltimento abusivo di rifiuti in Toscana, con contestazioni di associazione a delinquere finalizzata al traffico illecito di rifiuti e all'inquinamento ambientale. Tali fenomeni evidenziano un rischio di affidamenti, convenzioni e controlli ambientali che possono coinvolgere enti pubblici e strutture sanitarie nei processi di approvvigionamento e gestione dei rifiuti.

3. Pressione sulle risorse e sull'organizzazione degli uffici giudiziari:

- la carenza di personale giudiziario e amministrativo, con rischi connessi alla gestione tempi-processuali, alla qualità delle indagini e alla capacità di controllo, può rappresentare un rischio indiretto, anche per gli enti pubblici, poiché un'azione di controllo giudiziario più debole, può lasciare spazi maggiori per fenomeni illeciti.

4. Rischio reputazionale e di fiducia nell'amministrazione pubblica:

- il rilievo pubblico di fenomeni come infiltrazioni mafiose, frodi e reati ambientali in organi pubblici/aziende sanitarie può compromettere la fiducia dei cittadini. La Procura richiama la necessità di saper «tempestivamente cogliere i segnali di presenza mafiosa nei reati anche comuni. Questo profilo di rischio si estende al mondo sanitario, dove l'integrità degli appalti, delle convenzioni e delle collaborazioni costituisce elemento centrale.

5. Evoluzione della criminalità verso modalità economico-finanziarie "morbide":

- le mafie e le organizzazioni criminali operano sempre più mediante investimento di capitali illeciti in attività lecite, riciclaggio e infiltrazione nei processi imprenditoriali, anziché solo con azioni violente. Per un ente sanitario come il Azienda USL Toscana sud est, questo si traduce in attenzione a fornitori,

imprese convenzionate e operatori esterni che potrebbero costituire veicolo di tali rischi.

Anche le Relazioni semestrali 2024 della DIA e i report settoriali (ecocrimini, ecomafia, usura) segnalano una crescita su reati ambientali e fenomeni di infiltrazione criminale in specifici ambiti produttivi e appalti (aspetti rilevanti per la gestione dei rifiuti sanitari, forniture e lavori).

Si conferma anche in queste relazioni che le dinamiche delittuose emerse si indirizzano al controllo del mercato, piuttosto che alla gestione del territorio. Se è vero, infatti, che la cultura mafiosa non è riuscita a contaminare il tessuto sociale della Toscana, si registra tuttavia la continua emersione di spunti investigativi che vedono la presenza di appartenenti a Cosa Nostra, 'ndrangheta e camorra operante nella Regione. Si potrebbero altresì delineare “nuove mafie”, attesa la forte presenza di comunità straniere cinesi in particolare, ma anche romene, albanesi e nordafricane.

Nella relazione della DIA del primo semestre 2023 si legge, in proposito, che le attività illecite dei gruppi di camorra riscontrate negli ultimi periodi, si concentrano prevalentemente nei settori delle estorsioni, nella gestione del traffico e smaltimento illecito di rifiuti, in quello del traffico di stupefacenti, fino al riciclaggio di danaro e al reimpiego in attività immobiliari o imprenditoriali, con particolare riferimento al settore turistico-alberghiero.

Il nuovo rapporto Ecomafia 2025 di Legambiente, registra in Toscana un aumento degli illeciti penali in materia ambientali (ecocrimini), cresciuti in un anno dell'11,6%, confermandola al sesto posto nella classifica nazionale. I reati ambientali in Toscana sono saliti a 2.587 (rispetto ai 2.318 del 2023), con una media di circa sette reati al giorno.

L'analisi dell'ANAC, cfr. “Relazione sull'attività 2024 – Focus su forniture e servizi nel settore sanitario”, ha evidenziato nelle Aziende del Sistema Sanitario Regionale (SSR) criticità connesse al ricorso crescente a forme di esternalizzazione del personale (es dei c.d. “gettonisti”) e alla fornitura di dispositivi medici e di gestione delle gare complesse in ambito sanitario, come a esempio nell'“Aggiornamento dell'indagine conoscitiva relativa al mercato dei dispositivi medici per l'autocontrollo e l'autogestione del diabete”, in cui emerge che molte Regioni (inclusa la Toscana) usavano modalità di fornitura e non gare competitive (es. accordi con farmacie convenzionate), limitando la concorrenza.

L'ISTAT, nel Rapporto 2024 sulla corruzione percepita in Italia, indica che il settore sanitario rimane tra quelli a maggiore vulnerabilità percepita, richiedendo alle Aziende sanitarie locali un rafforzamento dei sistemi di controllo, di trasparenza e di accountability pubblica.

In previsione della redazione della sezione anticorruzione del PIAO 2025-2027, 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. Ciò ha permesso di acquisire dati aggiornati e specificamente mirati alla valutazione delle tre realtà provinciali che caratterizzano l'Azienda USL Toscana sud est.

Di seguito, quanto desunto dalle fonti disponibili:

Provincia di Arezzo:

I dati sull'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%), con un lieve aumento anche nel Comune di Arezzo (1,35%);
- un considerevole aumento dei reati connessi agli stupefacenti in provincia (47,62%), con un aumento ancora più marcato nel Comune di Arezzo (106,82%);

- un aumento dei delitti informatici in provincia (34,78%) e nel Comune di Arezzo (25%).

* fonte: Prefettura di Arezzo

Provincia di Siena:

I dati sull'andamento della delittuosità nella Provincia di Siena nei periodi considerati (1 gennaio–30 novembre 2023 e 1 gennaio–30 novembre 2024) evidenziano:

- un aumento dei furti complessivamente intesi in provincia (7,68%) e nel Comune di Siena (21,63%);
- una diminuzione dei reati connessi agli stupefacenti in provincia (-9%) e nel Comune di Siena (-16,67%);
- una diminuzione dei delitti informatici in provincia (-9%) e nel Comune di Siena (-12,20%).

* fonte: Prefettura di Siena

Provincia di Grosseto:

I dati sull'andamento della delittuosità nella Provincia di Grosseto nei periodi considerati (intero anno 2023-intero anno 2024) evidenziano:

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

* fonte: Prefettura di Grosseto

Anche nel corso del 2025, in previsione della redazione della sezione anticorruzione del PIAO 2026-2028, 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 Arezzo:

I dati sull'andamento della delittuosità nella Provincia di Arezzo nei periodi considerati (1 gennaio–30 novembre 2024 e 1 gennaio-30 novembre 2025) evidenziano:

- una diminuzione dei furti complessivamente intesi in provincia (-12,84%) e nel Comune di Arezzo (-7,13%);
- un lieve aumento dei reati connessi agli stupefacenti in provincia (0,65%), mentre nel Comune di Arezzo si registra una diminuzione (-6,59%);
- una considerevole diminuzione dei delitti informatici in provincia (-32,72%) e nel Comune di Arezzo (-31,67%).

* fonte: Prefettura di Arezzo

Provincia di Siena:

I dati sull'andamento della delittuosità nella Provincia di Siena nei periodi considerati (1 gennaio-30 novembre 2024 e 1 gennaio-30 novembre 2025) evidenziano:

- una diminuzione dei furti complessivamente intesi in provincia (-16,73%) e nel Comune di Siena (-15,62%);
- un aumento dei reati connessi agli stupefacenti in provincia (28,57%) e nel Comune di Siena (44%), incremento riconducibile ad un'intensificazione dell'azione di contrasto a tale tipologia di illeciti;
- una diminuzione dei delitti informatici nel Comune di Siena (-9,39%) ed un lieve aumento in provincia.

* fonte: Prefettura di Siena

Provincia di Grosseto:

I dati sull'andamento della delittuosità nella Provincia di Grosseto nei periodi considerati (1 gennaio-15 ottobre 2024 e 1 gennaio-15 ottobre 2025) evidenziano:

- una diminuzione dei furti complessivamente intesi in provincia (-12,44%) e nel Comune di Grosseto (-6,26%);
- una diminuzione dei reati connessi agli stupefacenti in provincia (-10,61%) e nel Comune di Grosseto (-7,89%);
- una considerevole diminuzione dei delitti informatici in provincia (-14,39%) e nel Comune di Grosseto (-36,26%).

* fonte: Prefettura di Grosseto

CONTESTO INTERNO

Per quanto riguarda il contesto interno, si rinvia alla sottosezione “Struttura organizzativa” della sezione “Organizzazione e capitale umano”.

L'articolazione organizzativa ivi descritta ha preso avvio nell'anno 2020 e ha notevolmente modificato l'assetto precedente sia in ambito tecnico amministrativo che sanitario.

Nell'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, cui sono seguiti atti di conferimento e di rinnovo degli incarichi stessi.

In un'Azienda delle dimensioni e della complessità desumibili dalla “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.

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, Regolamento operativo Staff Direzione Aziendale, Regolamento operativo Dipartimento Risorse Umane), sempre con l'obiettivo di individuare una cornice organizzativa definita, chiara e condivisa.

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 organizzative, ha evidenziato, anche in considerazione della vastità del proprio ambito territoriale, la necessità di dover rimodulare l'assetto 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 cui sono seguiti una serie di atti tesi all'individuazione dei relativi responsabili.

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 e all'adozione dei Regolamenti operativi interni delle macrostrutture aziendali di natura tecnico – amministrativa al fine di aggiornare precedenti regolamenti non più attuali.

L'anno 2025 ha introdotto un cambiamento ai vertici della Direzione Aziendale che, fin da subito, ha espresso il proposito di intraprendere un percorso di ascolto e partecipazione per ripensare l'Azienda, puntando su una Sanità basata sul valore e su un modello organizzativo che nasca dal basso, dalle esperienze e dalle proposte di chi ogni giorno lavora sul campo.

Il 27 giugno è stato pertanto inaugurato il portale Cantiere Sanità per raccogliere idee e proposte progettuali del personale della sanità, della cittadinanza e degli stakeholder per una visione condivisa e partecipata del futuro dell'Azienda USL Toscana sud est.

Il portale è rimasto accessibile fino al 15 ottobre e, in occasione del Forum Risk Management tenutosi ad Arezzo il 28 novembre 2025, è stata condivisa l'ipotesi di elaborare un Piano strategico che guiderà l'Azienda nei prossimi anni.

Sul portale sono stati presentati 1438 contributi, tra idee di miglioramento (Survey for Ideas) e progetti strutturati (Call for Ideas), suddivisi per Macro Aree:

- Approccio Value Based Health Care
- Asset di supporto alla governance
- Digitalizzazione
- Governo del dato - Azienda data-driven
- Persone assistite e cittadinanza
- Persone dell'Azienda
- Prevenzione e approccio One Health
- Rete Ospedaliera
- Rete Territoriale
- Ricerca
- Sostenibilità ambientale, sociale, economica

Sono stati costituiti dei gruppi di lavoro per esaminare i progetti presentati con l'intento di rendere partecipi gli operatori sulla fattibilità delle proposte presentate e di evidenziare come queste si innesteranno con le proposte della Direzione aziendale e degli stakeholder nella costruzione di obiettivi strategici per il futuro dell'Azienda.

Contestualmente all'analisi dei risultati della Call for Ideas e della Survey for Ideas, la Direzione Aziendale sta avviando un nuovo processo di revisione dell'assetto organizzativo dell'Azienda, nelle more della definitiva adozione del Piano Strategico, nel tentativo di realizzare un modello coerente con il modello HBVC e di disporre di un'organizzazione meno verticistica e strutturata per raggruppamenti omogenei, in considerazione del fatto che il contesto di riferimento in cui opera l'Azienda è caratterizzato, sempre più, da forti cambiamenti e da elevate criticità.

In particolare, tra queste si annoverano: a) la carenza di personale, in particolare sanitario e le sfide connesse allo sviluppo di competenze integrate e all'ingresso di nuove generazioni professionali portatrici di mutati valori e bisogni; b) la ristrettezza di risorse economiche e la connessa necessità di ottimizzare i processi e ridurre le inefficienze; c) le innovazioni tecnologiche che, a ritmo incessante, impongono modelli professionali iperspecializzati e l'adozione di sistemi di valutazione basati sul HTA (Health Technology Assessment); d) l'invecchiamento della popolazione determina un incremento delle cronicità, richiedendo un nuovo modello di cura basato sul lungo periodo. e) la domanda crescente di prestazioni sanitarie che impone di agire non solo sull'ottimizzazione dell'offerta sanitaria, ma anche sulla domanda stessa coinvolgendo la persona a partire dai percorsi di prevenzione primaria fino alla co-creazione di salute.

In considerazione di quanto sopra, è apparso prioritario procedere ad un graduale adeguamento dell'assetto aziendale e, al contempo, realizzare la progressiva convergenza di tutte le competenze presenti verso i programmi aziendali, superando la logica a silos imposta dai confini delle singole articolazioni organizzative.

È stata pertanto adottata la deliberazione n. 1209 del 22 dicembre 2025 che approva il nuovo assetto organizzativo aziendale a cui seguiranno gli atti necessari per il conferimento dei relativi incarichi.

Allo stesso tempo, molteplici sono state le iniziative intraprese nel corso degli ultimi anni 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: in primo luogo, l'approvazione dei **Documenti di programmazione integrata** di area vasta sud est per il triennio 2023-2025, per il triennio 2024-2026 e per il triennio 2025-2027, redatti in collaborazione con l'Azienda ospedaliero universitaria Senese.

I documenti rappresentano 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 i trienni in esame, dell'Azienda USL Toscana sud est (AUSLTSE), dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese e dell'Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale (ESTAR).

Degno di nota 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.

Le verifiche esterne effettuate da Kiwa nel 2023 (23, 28 e 29 agosto) e nel 2024 (24 e 25 luglio) hanno evidenziato 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 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.

Il 16 e 17 settembre 2025 si è svolto l'audit esterno da parte dell'Ente certificatore Kiwa Cermet, che ha interessato lo Staff della Direzione Aziendale e i Dipartimenti Tecnico-Amministrativi: l'esito dell'audit ha superato ogni aspettativa, in quanto, non è stata rilevata alcuna Non Conformità e non sono stati segnalati nemmeno spunti di miglioramento, un risultato raro in questo tipo di verifiche.

Sul versante dell'anticorruzione, nel corso degli anni è proseguita l'attività intrapresa da parte del RPC di perseguire il consolidamento di una cultura dell'etica e della legalità tra tutte le professionalità aziendali, mediante la messa in atto di una serie di azioni tra cui:

- la nomina e la formazione costante di una **Rete stabile e strutturata di referenti aziendali in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza** individuati con specifici atti deliberativi 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;
- una costante formazione aziendale;
- la 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;
- la elaborazione e diffusione di un **Regolamento definitivo sul conflitto di interessi**, approvato con deliberazione n. 1302 del 15 dicembre 2023 finalizzato a fornire un'interpretazione univoca della complessa normativa in materia, fornendo una modulistica unica ed omogenea con le altre Aziende del servizio sanitario toscano;
- una mappatura capillare e costante dei processi ritenuti più rischiosi in termini corruttivi

Infine, come già precisato nelle sezioni “Rischi corruttivi e trasparenza” dei precedenti Piani, 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 il settore degli appalti resta tra le aree più sensibili al rischio corruzione.

Nel 2024, infine, 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 copiosa 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. 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. 6.

Per l'anno 2025, le sfide principali per l'Azienda sono state 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 all'anno 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 precedenti 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^{va} 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.

L'elenco completo dei processi mappati per l'anno 2025 costituisce l'allegato n.7.

Per l'anno 2026, l'RPC ha distinto i processi da mappare in due macro categorie:

- 1) processi "funzionali" agli obiettivi di valore pubblico e relative performance";
- 2) processi "generali/trasversali";

Processi "funzionali" agli obiettivi di valore pubblico e relative performance: gli obiettivi di valore pubblico dell'Azienda sono declinati nella omonima sezione del documento alla cui individuazione ha dato un contributo particolarmente rilevante la Direzione Generale a seguito dell'analisi dei suggerimenti e dei progetti pervenuti nella Call for Ideas sopracitata.

Affinché i processi da mappare fossero pienamente rappresentativi degli obiettivi di valore pubblico che l'Azienda si ripropone di raggiungere per l'anno 2026, l'RPC ha selezionato una serie di processi strettamente correlati al valore pubblico perseguito che verranno mappati nell'anno in oggetto e di cui si darà conto nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del prossimo PIAO.

Processi "generali/trasversali": tra questi, sono individuati anche i processi mappati per l'anno 2025 per i quali, in sede di redazione della Relazione annuale dell'RPCT, era emerso che non fossero state realizzate tutte le misure specifiche previste nell'anno di riferimento e rispetto ai quali, pertanto, l'RPC ripropone, per l'anno 2026, mappatura e valutazione/trattamento del rischio

Nell'allegato 8 si propongono tutti i processi di cui sopra evidenziando, per i processi del gruppo 1), nell'ultima colonna, l'obiettivo di valore pubblico cui ciascun processo è correlato, nel tentativo sempre più marcato di far sì che il sistema anticorruzione assolva il compito auspicato dal legislatore di "proteggere" il valore pubblico che è la vera essenza del Piano e che ne determina i contenuti essenziali.

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, già citato nel par. "Gestione del rischio") 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 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.6 e n.7 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.

Per l'anno 2025 e per l'anno 2026, 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 (allegato n. 4) erano stati trattati secondo la metodologia di cui alla "Procedura per la gestione del rischio di corruzione" 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"
	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.

Nell'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 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

Nel corso dell'anno 2025 sono stati mappati n. 50 processi per un totale di 66 misure di trattamento del rischio individuate.

Rispetto agli anni precedenti, l'RPC ha disposto di effettuare un monitoraggio "intermedio", a metà anno, programmando degli audit specifici, con verifiche sul campo che consentono il più agevole reperimento delle informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello.

Tali momenti di confronto sono utili anche per la comprensione dello stato di attuazione delle misure e di eventuali criticità riscontrate, in un'ottica di dialogo e miglioramento continuo

La metodologia utilizzata ha previsto l'ausilio di interviste, osservazioni ed, eventualmente, presa visione della documentazione prodotta.

Obiettivo della verifica è quello di effettuare:

Un monitoraggio di primo livello sull'attuazione delle misure che può essere realizzato in autovalutazione da parte dei referenti (se previsti) o dai responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello sarà chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura.

Un monitoraggio sull'idoneità delle misure che spetta al RPCT, ma rispetto alla quale in questa sede, si ipotizza una valutazione congiunta.

Dall'analisi degli esiti del monitoraggio intermedio è risultato un buon livello di attuazione delle misure, una elevata consapevolezza degli attori coinvolti circa la necessità di ottenere il massimo livello di attuazione delle misure e, da parte dei diretti interessati, un complessivo apprezzamento circa l'idoneità delle misure poste in essere.

Dal monitoraggio effettuato a fine anno, è emerso che, in relazione ai 50 processi mappati:

- 61 misure sono state regolarmente attuate e, laddove possibile, è stata fornita documentazione della relativa attuazione
- 5 misure non sono state attuate, relative a 4 processi

Di seguito un riepilogo delle misure individuate:

Misure trattamento del rischio anno 2025	Previste	Attuate	Non attuate
- Misura di controllo	- 20	- 19	- 1
- Misura di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	- 3	- 3	- 0
- Misura di formazione	- 17	- 16	- 1
- Misura di regolamentazione	- 18	- 15	- 3
- Misura di rotazione	- 1	- 1	- 0
- Misura di semplificazione	- 1	- 1	- 0
- Misura di trasparenza	- 6	- 6	- 0
- Totale	- 66	- 61	- 5

Per i 4 processi per i quali le misure non sono state attuate nel corso dell'anno 2025, l'RPC ha disposto, per l'anno 2026, una nuova mappatura e nuova valutazione/trattamento del rischio di cui si darà conto nella prossima relazione RPCT e nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del prossimo PIAO.

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Le misure generali

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

Il codice di comportamento

All'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 viene inserito il comma 1 bis, introdotto dall'art. 4 comma 1 lettera a) del decreto legge 30 aprile 2022, convertito con modificazioni dalla legge 29 giugno 2022 n. 79 che prevede l'inserimento nel Codice di 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 aveva 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 era stato annoverato anche nella sottosezione "Valore pubblico" del PIAO 2025-2027.

Da una rilevazione effettuata al 3 dicembre 2025, l'obiettivo risulta ampiamente raggiunto in quanto 542 strutture su 556 totali hanno conseguito l'obiettivo, con una percentuale di successo pari al 97,5%, superiore a quella dell'anno precedente.

Anche per questo anno di riferimento, i corsi di formazione in materia organizzati dall'RPC sono dettagliatamente descritti nel paragrafo relativo a "La formazione" della sottosezione.

Riguardo agli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, per l'anno 2025 era stato individuato:

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

Struttura responsabile: Ufficio procedimenti disciplinari

Nel corso dell'anno in oggetto, il Codice di Comportamento non è stato oggetto di revisione in quanto non sono intervenute modifiche di carattere normativo.

Per l'anno 2026, l'Azienda si ripropone l'obiettivo di continuare a realizzare la più ampia divulgazione del Codice di Comportamento riscontrabile da riunione di struttura ove risulti il livello di partecipazione degli operatori.

Misure di disciplina del conflitto di interesse

Riguardo al conflitto di interessi, nell'anno 2022, l'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 aveva 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.

Da una rilevazione effettuata al 3 dicembre 2025, l'obiettivo risulta ampiamente raggiunto in quanto 542 strutture su 556 totali hanno conseguito l'obiettivo, con una percentuale di successo pari al 97,5%, superiore a quella dell'anno precedente.

I corsi di formazione in materia organizzati dall'RPC sono dettagliatamente descritti nel paragrafo relativo a "La formazione" della sottosezione.

Riguardo agli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, per l'anno 2025 era stato individuato:

- 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)

Per l'anno 2025 la misura risulta attuata al 100% per entrambe le strutture coinvolte.

Per l'anno 2026, l'Azienda si ripropone di continuare il percorso di condivisione e diffusione del Regolamento sul conflitto di interessi in modo da determinare la massima sensibilizzazione possibile tra tutte le professionalità presenti in Azienda e come indicatore di monitoraggio della misura di carattere generale si prevede:

- inserimento della modulistica relativa al conflitto di interessi nella piattaforma regionale per la gestione degli stipendi e delle presenze WHR Time.

Responsabile: struttura competente del Dipartimento Risorse Umane

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 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 era posta 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, era stato individuato l'obiettivo:

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

Struttura responsabile: UOC Gestione economica del personale dipendente

Nel corso dell'anno, sono state acquisite:

- n. 18 dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità
- n. 20 dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità

ed è stata approvata dalla UOC Programmazione strategica la procedura PA-PSOP-003 (Rev. 0 del 7 ottobre 2025) "Verifica delle dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità relative agli incarichi della Direzione Aziendale" che, facendo seguito alla procedura PA-PSOP-001 (Rev. 1 del 7 ottobre 2025), Nomina Amministratori (DA, DS, DSS) e Direttori di Zona, disciplina la valutazione delle dichiarazioni fornite dagli stessi al momento del conferimento dell'incarico e, a cadenza annuale, le dichiarazioni relative all'incompatibilità.

Analoga procedura è in corso di approvazione a cura della competente struttura del Dipartimento Risorse Umane per gli incarichi di propria competenza.

Per l'anno 2026, oltre a proseguire l'opera di sensibilizzazione della normativa in materia, si ripropone l'obiettivo precedentemente proposto in corso di realizzazione:

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

Responsabile: struttura competente del Dipartimento Risorse Umane

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 che ne approva il relativo Regolamento.

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, consulenze 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.

Nel corso dell'anno 2025 sono stati autorizzati n. 1625 incarichi extra-istituzionali (al 27 novembre 2025) e, alla stessa data, n. 11 incarichi.

Riguardo agli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, per l'anno 2025 era stato individuato l'obiettivo:

- approvazione della revisione di Regolamento Aziendale= 1

Struttura responsabile: UOC Gestione Giuridica del personale dipendente

Il Regolamento revisionato è in corso di approvazione, previa informativa alla parte sindacale e, oltre alla costante sensibilizzazione in materia, per l'anno 2026 si ripropone come obiettivo:

- approvazione della revisione di Regolamento Aziendale= 1

Responsabile: struttura competente del Dipartimento Risorse Umane

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 era riproposto 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, era stato individuato per l’anno 2025 l’obiettivo:

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

Struttura responsabile: Dipartimento Risorse Umane

Nel corso dell’anno la procedura in oggetto non è stata revisionata in quanto non sono intervenute modifiche normative e il contenuto della stessa è stato ritenuto in linea con le necessità connesse alla gestione del rischio pantouflage da parte del Dipartimento Risorse Umane. La procedura è applicata

dalla UOC Programmazione e reclutamento del personale e dalla UOC Gestione economica del personale dipendente nella casistica disciplinata dalla stessa.

Per l'anno 2026, si propone come obiettivo della misura:

- redazione report trimestrale all'RPC e alla Direttrice Amministrativa sul monitoraggio effettuato

Responsabile: struttura competente del Dipartimento Risorse Umane

La formazione

La formazione del personale costituisce uno strumento fondamentale per la prevenzione dei fenomeni corruttivi e per la diffusione di una cultura della legalità e dell'integrità. L'Azienda riconosce la formazione quale leva strategica per rafforzare la consapevolezza dei rischi corruttivi e promuovere comportamenti conformi ai principi di trasparenza, correttezza e responsabilità, pertanto si impegna a garantire un costante aggiornamento delle competenze del personale.

Nell'anno 2023 si sono regolarmente svolti numerosi eventi formativi, come si evince in dettaglio dai prospetti riepilogativi del corrispondente paragrafo della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" dei PIAO degli anni precedenti.

Nell'anno 2024, la formazione in presenza è stata programmata prevedendo più edizioni per ogni corso, coinvolgendo così anche le sedi decentrate delle diverse aree provinciali. Tale impostazione ha permesso di rafforzare l'azione di sensibilizzazione sui temi della prevenzione della corruzione e di promuovere un accesso più ampio ed equo alla formazione, coinvolgendo anche il personale operante in sedi più periferiche, in particolare quello sanitario, per il quale risulta più complesso partecipare a iniziative formative organizzate presso le sedi centrali.

Nella tabella seguente è mostrato il dettaglio dei corsi svolti nel 2024.

Corsi in presenza – Anno 2024				
Data	Titolo del corso	Area territoriale	Ore di formazione	N. discenti
14/05/2024	Il Codice di comportamento aziendale	Poggibonsi (SI)	5	83
28/05/2024	Il Codice di comportamento aziendale	Grosseto	5	110
07/06/2024	Il Codice di comportamento aziendale	Arezzo	5	146
26/09/2024	Il nuovo regolamento sulla disciplina del conflitto di interessi: focus sugli obblighi di pubblicazione	Orbetello (GR)	5	39
03/10/2024	Il nuovo regolamento sulla disciplina del conflitto di interessi: focus sugli obblighi di pubblicazione	Montevarchi (AR)	5	17

24/10/2024	Il nuovo regolamento sulla disciplina del conflitto di interessi: focus sugli obblighi di pubblicazione	Montepulciano (SI)	5	40
------------	---	--------------------	---	----

Sempre nel 2024, si sono svolti anche corsi di formazione in modalità FAD, sia sincrona (webinar) sia asincrona. Di seguito il dettaglio.

FAD – Anno 2024		
Titolo del corso	Modalità	N. discenti
Il nuovo regolamento sulla disciplina del conflitto di interessi: focus sul nuovo codice dei contratti pubblici	sincrona (webinar)	16
Prevenzione della corruzione e codice di comportamento: lo specifico ambito sanitario - Corso base	asincrona	90
Il sistema di prevenzione e repressione della corruzione - Corso avanzato	asincrona	217
Codice di comportamento	asincrona	272
Corso per neoassunti	asincrona	233

È stato inoltre organizzato un incontro formativo in data 13 maggio 2024 a Siena dedicato ai Referenti aziendali 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 previsto il mantenimento e il rafforzamento dell’attività formativa già sviluppata negli anni precedenti e, in quest’ottica, sono state pianificate le seguenti iniziative di formazione in presenza:

- “Buona amministrazione e deviazione dall’interesse pubblico: è possibile misurare la corruzione?”, n. 4 edizioni di 5 ore ciascuna;
- “Conflitto di interessi e corruzione: contributo dell’AI nel perseguimento dell’interesse primario dell’organizzazione e nella gestione dei conflitti di interessi e dei dilemmi etici”, n. 1 edizione di 5 ore a cura di un docente esterno specializzato nella materia.

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).

Nella tabella seguente è mostrato il dettaglio dei corsi organizzati dall’Azienda e svolti in presenza nel 2025.

Corsi in presenza – Anno 2025				
Data	Titolo del corso	Area territoriale	Ore di formazione	N. discenti
24/04/2025	“Buona amministrazione” e deviazione dall’interesse pubblico: è possibile misurare la corruzione?	Cortona (AR)	5	44

29/04/2025	"Buona amministrazione" e deviazione dall'interesse pubblico: è possibile misurare la corruzione?	Arezzo	5	69
27/05/2025	"Buona amministrazione" e deviazione dall'interesse pubblico: è possibile misurare la corruzione?	Grosseto	5	108
04/06/2025	"Buona amministrazione" e deviazione dall'interesse pubblico: è possibile misurare la corruzione?	Siena	5	52
06/06/2025	Conflitto di interessi e corruzione: contributo dell'AI nel perseguimento dell'interesse primario dell'organizzazione e nella gestione dei conflitti di interessi e dei dilemmi etici	Grosseto	5	111

Anche nel 2025 si sono svolti corsi di formazione in modalità FAD, sia sincrona (webinar) sia asincrona. Di seguito il dettaglio.

FAD – Anno 2025		
Titolo del corso	Modalità	N. discenti
3 articoli del Codice di comportamento da conoscere assolutamente	sincrona (webinar)	120
Corso neoassunti Azienda USL Toscana sud est: organizzazione e codice di comportamento	sincrona	752
Codice di comportamento	asincrona (piattaforma FORMAS)	NR
Prevenzione della corruzione e codice di comportamento: lo specifico ambito sanitario – Corso base	asincrona (piattaforma FORMAS)	NR

Per consentire il costante aggiornamento delle competenze del personale a supporto dell'attività del RPC, nonché del RPC stesso, nel corso del 2025 è stata resa possibile la partecipazione ai seguenti corsi di formazione:

- "Formazione in materia di Anticorruzione e Trasparenza per RPCT aziendali e strutture di supporto delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale", n. 1 edizione di 14 ore in presenza a Firenze nei giorni 7 e 8 maggio 2025 (n. 4 discenti);
- "Strategie di prevenzione e contrasto alla corruzione. Profili innovativi", formazione di elevata qualificazione in FAD sincrona della durata di 40 ore, organizzato dall'Università per Stranieri di Perugia in collaborazione con Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, nell'ambito del progetto Valore P.A. 2024 promosso dall'INPS (n. 2 discenti).

Sono stati inoltre organizzati 3 incontri formativi dedicati a tutti i Referenti aziendali del RPC sul tema "Pianificazione ed illustrazione dell'attività della rete prevenzione della corruzione e ruolo dei referenti aziendali":

- ad Arezzo il 12 maggio 2025 (n. 17 discenti);
- a Siena il 13 maggio 2025 (n. 14 discenti);
- a Grosseto il 21 maggio 2025 (n. 17 discenti).

Per l'anno 2026, l'RPC ha pianificato l'organizzazione dei seguenti eventi formativi:

- "Codice di comportamento: dalla teoria alla pratica", n. 1 edizione di 5 ore;
- "Codice di comportamento: manuale d'uso", n. 1 edizione di 5 ore;
- "Dal codice alla cultura: come promuovere integrità organizzativa", FAD sincrona;
- "Il secondo lavoro per i dipendenti pubblici è possibile o vietato?", n. 2 edizioni di 5 ore;
- "Etica, responsabilità sociale e conflitti di interesse con l'interesse primario dell'organizzazione", n. 1 edizione di 5 ore a cura di un docente esterno specializzato nella materia.

Inoltre, nell'ambito del tavolo di coordinamento regionale degli RPCT, costituito con la delibera di Giunta regionale n.1069 del 2 novembre 2016, risulta in fase di conclusione l'organizzazione del corso FAD Regionale "Anticorruzione e Trasparenza". Tale corso FORMAS sarà disponibile da inizio anno 2026 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 l'unità didattica "Conflitto di interessi".

Per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio della misura di carattere generale, si individua per l'anno 2026:

- n. corsi realizzati/ n. corsi programmati= uguale o maggiore al 70%
- n. partecipanti previsti ai corsi realizzati/ n. partecipanti ai corsi programmati = uguale o maggiore al 70%

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 - CRRA (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 n. 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”), erano stati individuati i processi la cui ponderazione del rischio aveva prodotto un livello “alto”.

Era 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.

Era 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 aveva riproposto una proposta di Piano di rotazione i cui criteri generali sostanzialmente confermavano 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 erano 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 aveva riproposto un'ipotesi attinente 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, aveva 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 era 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 deve 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, per l'anno 2025 era stato stabilito:

- 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

Nel corso dell'anno, il personale con funzioni di liquidazione delle retribuzioni è stato trasferito ad altro ente (ESTAR) a far data dal 1 gennaio 2025. Nell'anno 2025, pertanto, l'area gestione del personale è stata interessata da riallocazioni funzionali del personale dirigente e, anche alla luce della ristrutturazione aziendale in corso, non si è ritenuto dare seguito ad ulteriori rotazioni.

Per l'anno 2026, considerata la fase avanzata della riorganizzazione aziendale, non viene proposta alcuna rotazione ordinaria del personale in considerazione dell'impatto della riorganizzazione aziendale in corso sui processi amministrativi e della riallocazione delle risorse umane insita nel processo riorganizzativo stesso.

Le aree e i processi potenzialmente a rischio potranno essere presidiati tramite misure alternative, al fine di garantire continuità operativa, correttezza e regolarità dell'azione amministrativa, stabilità dei processi e prevenzione dei rischi corruttivi oltre alla formazione omogenea del personale, anche nell'ottica della graduale ripresa della rotazione per gli anni successivi.

Come indicatore relativo alla misura di carattere generale, viene pertanto proposto:

- attuazione principio di controllo interno "segregazione delle funzioni"

Responsabile: struttura competente del Dipartimento Risorse Umane

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

La rotazione straordinaria prevista dalla legge (art. 16, comma 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 comma 1 lett. L quater del D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165.

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

A seguito di avvio di procedimento penale, vi era 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 commi 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, per l'anno 2025 era stato individuato:

- 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

Riguardo all'indicatore sopra citato, alla data del 30 novembre 2025, non risulta avviato alcun procedimento penale o disciplinare.

Per l'anno 2026, l'Azienda, in linea con quanto proposto dall'allegato 2 "Misure generali" del Piano Nazionale Anticorruzione - Aggiornamento 2024 del PNA 2022, approvato con deliberazione del Consiglio dell'Autorità n. 31 del 30 gennaio 2025, pone come indicatore della misura:

- l'adozione – al momento del procedimento penale – di provvedimento, adeguatamente motivato, di valutazione della condotta del dipendente, ai fini dell'eventuale applicazione della misura

Responsabile: struttura competente del 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 luglio 2023), viene data attuazione nel nostro Paese alla Direttiva Europea n. 1937/2019 in materia di "whistleblowing", sostituendo le disposizioni previste dalla Legge 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.

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 era prefigurata 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, per l’anno 2025 era stato individuato:

- 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)

Nel corso dell’anno 2025, pur non essendo intervenuti aggiornamenti alla normativa in materia, l’RPC ha ritenuto comunque opportuno aggiornare la procedura in oggetto per rendere il testo più fruibile alla luce dell’esperienza maturata in materia.

È pertanto stata approvata la Rev. 4 del 10 novembre 2025 della procedura, pubblicata nella intranet aziendale, nella pagina “altri contenuti” del sito aziendale, sezione Amministrazione Trasparente e nel Portale del dipendente.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione rende conto, con modalità tali da garantire la riservatezza dell’identità del segnalante, del numero di segnalazioni ricevute annualmente e del loro stato di avanzamento, all’interno della relazione annuale di cui all’art. 1, comma 14, Legge 6 novembre 2012 n.190 e attraverso la pubblicazione sul sito web aziendale dei dati aggregati delle segnalazioni pervenute.

Le segnalazioni pervenute nell’anno considerato sono 5.

Per l'anno 2026, l'RPC garantisce al personale dipendente specifica diffusione della relativa procedura e formazione in materia per ricordare le finalità dell'istituto "whistleblowing" e la procedura per il suo utilizzo.

I dati rilevati attraverso segnalazioni e istruttorie costituiscono oggetto e contenuto di analisi per l'identificazione di aree critiche aziendali, azioni di miglioramento di qualità ed efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza, oltre che basi di aggiornamento/integrazione della mappa dei rischi del PTPCT/sez. "Rischi corruttivi e Trasparenza", del Codice di Comportamento, nonché per prevedere nuovi o diversi strumenti di risposta.

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'Azienda USL 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 ELETTRONOMICI	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 aveva riproposto 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, era stato individuato 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%

Struttura responsabile: Dipartimento Affari Generali/Dipartimento Tecnico

Si riassumono di seguito i dati relativi all'anno in oggetto:

Numero Patti di integrità 2025				
Struttura	Patti di integrità in Bandi	Patti di integrità in Contratti	Controlli effettuati	Violazioni Accertate
UOC GOVERNO TECNOLOGIE ELETTRONOMICI	0	43	43	0
UOC LAVORI PUBBLICI AREA PROVINCIALE ARETINA	2	48	50	0
UOC LAVORI PUBBLICI AREA PROVINCIALE GROSSETANA	13	21	34	0
UOC LAVORI PUBBLICI AREA PROVINCIALE SENESE	17	27	44	0
UOC MANUTENZIONI AREA PROVINCIALE ARETINA	0	95	95	0
UOC MANUTENZIONI AREA PROVINCIALE GROSSETANA	15	15	30	0
UOC MANUTENZIONI AREA PROVINCIALE SENESE	15	15	15	0
UOC ENERGIA E TUTELA DELL'AMBIENTE	0	5	5	0
UOC PREVENZIONE INCENDI	0	36	36	0
UOC PATRIMONIO	0	12	12	0
AREA DIPARTIMENTALE LOGISTICA, GESTIONE CONTRATTI SERVIZI E FARMACEUTICA	7	0	8	
AREA DIPARTIMENTALE APPROVVIGIONAMENTO E CONTRATTI	0	175	0	0
TOTALE	69	492	372	0

Riguardo al raggiungimento dell'obiettivo in base all'indicatore proposto, dai dati sopra riportati emerge che tutte le strutture hanno provveduto ad effettuare almeno il 10% dei controlli previsti, ad eccezione dell'Area Dipartimentale Approvvigionamenti e Contratti.

Per l'anno 2026, l'RPC ripropone il medesimo obiettivo dell'anno precedente, misurabile attraverso il seguente indicatore:

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

Responsabili: competenti strutture di Dipartimento Affari Generali/Dipartimento Tecnico

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, dell'Azienda ospedaliero-universitaria Senese e dell'Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale (ESTAR).

L'esigenza di valorizzare processi programmatori 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 Azienda USL Toscana sud est e Azienda ospedaliero-universitaria senese 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, per l'anno 2025 era stato individuato l'obiettivo:

- 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

Nel corso dell'anno sono stati effettuati i seguenti eventi per la diffusione del Documento di Programmazione integrata Area Vasta sud est 2025-2027:

- "Giornata di presentazione della programmazione dell'Area Vasta Toscana sud est" svoltosi presso l'Auditorium del Presidio Ospedaliero Misericordia Grosseto in data 5 maggio 2025;
- "Giornata di presentazione della programmazione dell'Area Vasta Toscana sud est" svoltosi presso l'Aula Magna Ospedale Santa Maria alle Scotte-Siena in data 7 maggio 2025;
- "Giornata di presentazione della programmazione dell'Area Vasta Toscana sud est" svoltosi presso l'Auditorium del Presidio Ospedaliero San Donato-Arezzo in data 8 maggio 2025.

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.

L'obiettivo previsto per l'anno 2025 era l'aggiornamento del Regolamento Aziendale in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo redatto nel 2019 ed è stato raggiunto con l'adozione della deliberazione n. 1054 del 28 ottobre 2025 che approva il nuovo Regolamento.

Per l'anno 2026, l'Azienda si propone i seguenti obiettivi:

- prevenzione del riciclaggio attraverso la gestione integrata, trasparente e sicura del patrimonio storico immobiliare dell'Azienda USL Toscana sud est;
- creazione di un sistema stabile, digitale e pienamente integrato di prevenzione del riciclaggio nella gestione del patrimonio storico immobiliare della Azienda USL Toscana sud est, che vada dalla mappatura dei rischi alla gestione ordinaria, fino al controllo avanzato e all'interoperabilità con altri sistemi aziendali (patrimonio, appalti, trasparenza, controlli interni).

In dettaglio, nel triennio 2026-2028, gli obiettivi specifici saranno:

- obiettivi specifici anno 1 "completare la mappatura degli immobili storici";
- obiettivi specifici anno 2 "completare la digitalizzazione e attivare il Registro Operazioni Patrimoniali";
- obiettivi specifici anno 3 "attuare un ciclo di monitoraggio continuativo sul patrimonio storico".

Il monitoraggio tempi procedurali

Nel rispetto dell'art. 1, comma 9, lett. g) della Legge 6 novembre 2012 n. 190, l'Azienda ha implementato un sistema di monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei propri procedimenti.

Il monitoraggio è attuato sulla base delle tabelle pubblicate, in conformità all'art. 35, comma 1, lettera a) del D.lgs 14 marzo 2013 n.33, all'interno della sezione "Attività e procedimenti/Tipologie di procedimento" del sito "Amministrazione Trasparente".

Tali tabelle riportano le informazioni relative a ciascun procedimento amministrativo ed, in particolare, il termine fissato in sede di disciplina normativa per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante.

Per l'anno 2026, i Responsabili delle strutture aziendali, sono tenuti al monitoraggio dei procedimenti di propria competenza al fine di:

- verificare il rispetto dei suddetti termini previsti dalla legge o dai regolamenti;
- prevenire ritardi e criticità che possano costituire terreno favorevole per fenomeni corruttivi;
- garantire efficienza, trasparenza e responsabilità nei confronti dell'utenza.

In particolare, per ciascun procedimento di competenza, il Responsabile dovrà confrontare periodicamente il termine previsto con il termine effettivo di conclusione di ciascuna istanza, calcolando eventuali scostamenti. Le cause di ritardo, se presenti, dovranno essere documentate e analizzate.

Qualunque criticità dovrà tempestivamente segnalata al RPC in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 1, comma 9, lett. c) della Legge 6 novembre 2012 n. 190

I risultati del monitoraggio saranno utilizzati dal RPC:

- per la revisione dei processi amministrativi;
- per l'aggiornamento del PIAO;
- come base per eventuali interventi organizzativi e formativi.

Il programma della Trasparenza

Premessa

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

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"*.

Lo scorso 20 maggio 2025 si è svolta l'annuale presentazione della relazione del Presidente ANAC al Parlamento. Nell'occasione particolare enfasi è stata dedicata al ruolo svolto dalla trasparenza, alle sue ricadute in termini di efficacia e correttezza dell'azione amministrativa ed alle possibili strade da percorrere per un percorso condiviso di semplificazione e standardizzazione degli obblighi di pubblicazione a carico degli enti, al fine di garantire una maggiore accessibilità e leggibilità dei dati pubblici in un'ottica di accountability. Richiamando l'evento che nel dicembre 2024 ha visto riunirsi i responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza presso l'ANAC- evento intitolato

"Pubblichiamoli bene! Prassi virtuose e accessibilità dei dati per migliorare la trasparenza" - il Presidente ANAC ha posto particolare attenzione alla declinazione della trasparenza in termini di semplificazione e fruibilità dei dati, con particolare riguardo al settore dei contratti pubblici, quale mezzo di promozione della cultura della legalità. Se infatti nel contesto dei contratti pubblici la crescente digitalizzazione ha reso maggiormente accessibili ai cittadini i dati e le informazioni relativi alle varie procedure, è indubbio che da una più ampia accessibilità e compiuta comprensione delle azioni dell'amministrazione si genera quel "valore pubblico" che è la prima espressione di trasparenza e legalità.

È in questa prospettiva che l'ANAC, nel corso del 2024, ha predisposto schemi standard per la diffusione delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, al fine di soddisfare le essenziali esigenze di uniformità e comparabilità dei dati anche tra diverse amministrazioni. Occorre richiamare, in particolare, la deliberazione ANAC n. 495 del 25 settembre 2024 - recentemente modificata e integrata con deliberazione n. 481 del 3 dicembre 2025 - con la quale sono stati approvati i predetti schemi ed emanate ulteriori istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione.

Prendendo spunto da quanto sin qui illustrato, il presente programma ha la finalità generale di definire per gli anni 2026-2028 le iniziative di semplificazione e dialogo collaborativo con i cittadini mediante sviluppo e costante presidio dei due essenziali strumenti della trasparenza, ovvero le pubblicazioni sul sito web e la gestione delle richieste di accesso civico. L'ottica complessiva resta comunque quella della piena integrazione con il Piano triennale di prevenzione della corruzione, inserito a sua volta nel più ampio contesto del PIAO, nella considerazione che le azioni in materia di trasparenza non si esauriscono 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.

La gestione dei flussi informativi in ambito aziendale

La sezione Amministrazione Trasparente (AT) del sito aziendale risulta conforme alle linee guida ANAC di cui alla deliberazione 1310/2016, emanate a seguito delle modifiche alla disciplina sulla trasparenza introdotte dal D.Lgs. 97/2016.

Le dimensioni dell'Azienda USL Toscana sud est impongono comunque 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. 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 dell'Azienda che la pone al centro di una articolata rete di rapporti con cittadini, utenti, istituzioni e stakeholder in generale.

Il regolamento aziendale per la gestione del sito istituzionale - nella nuova versione recentemente approvata con deliberazione del Direttore Generale n. 1237/2025 - contiene specifiche disposizioni finalizzate a garantire il rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza. L'art. 12 del regolamento definisce il percorso interno di produzione, pubblicazione e aggiornamento dei flussi informativi, sulla base dell'organizzazione aziendale, rinviando all'apposito allegato al presente piano, aggiornato annualmente, 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, cercando di evitare contenuti superflui o eccessivi tecnicismi.

Le innovazioni in tema di pubblicità e trasparenza dei contratti pubblici, introdotte con varie deliberazioni ANAC emanate nel corso del 2023, hanno rappresentato una importante evoluzione verso la semplificazione ed informatizzazione del sistema della trasparenza delle pubbliche amministrazioni. Le attuali modalità di pubblicazione, che si sono consolidate nel corso dell'anno 2025, prevedono infatti la trasmissione di numerose informazioni 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.

Si segnala, peraltro, che il sito dell'Azienda USL Toscana sud est riporta collegamenti ipertestuali a varie banche dati esterne, che costituiscono una rilevante fonte di informazione aggiuntiva rispetto a quanto direttamente pubblicato in Amministrazione Trasparente. Si tratta di collegamenti sia a banche dati nazionali e regionali (Normattiva, Anagrafe delle Prestazioni, atti Regione Toscana), sia a siti istituzionali di altri enti, 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.

Si rende comunque opportuno proseguire nello sviluppo dei processi di informatizzazione e digitalizzazione del sistema della trasparenza, soprattutto mediante potenziamento e/o interfaccia con i programmi già in uso nell'Azienda (es. software di gestione atti deliberativi e albo pretorio, programmi per la contabilità o la gestione del personale). Gli ulteriori 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.

L'organizzazione: 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 2025 è stato consolidato l'assetto organizzativo definito negli anni precedenti, ma con la prospettiva di una ulteriore ed ampia riorganizzazione secondo gli indirizzi della nuova Direzione Aziendale - in attuazione del progetto "Cantiere Sanità" avviato nei primi mesi del 2025 - che ha portato alla definizione delle nuove linee organizzative con recente deliberazione n. 1209 del 22 dicembre 2025. Non si pongono comunque particolari problemi per l'individuazione dei soggetti responsabili della trasmissione e pubblicazione delle informazioni, dato che ciascun assetto organizzativo implica una preventiva attribuzione di funzioni alle varie strutture organizzative. Si segnala inoltre il contributo della rete aziendale dei referenti in materia di anticorruzione e trasparenza, costituita sin dal 2022 ed aggiornata con deliberazione n. 1202/2024; la stessa rete si è rivelata pienamente funzionale alle diverse 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. 9), partendo dall'albero della trasparenza, attribuisce i vari adempimenti in modo certo ed univoco ai diversi responsabili; la tabella riporta sia l'attuale organizzazione sia la nuova organizzazione che sarà attivata nel corso del primo semestre 2026. La responsabilità della produzione, trasmissione e aggiornamento dei dati, per le materie di rispettiva competenza, è attribuita ai Direttori di Unità Operativa, in modo da garantire completezza, esattezza e tempestività delle informazioni, compresa la verifica sulla conformità dei flussi informativi alla vigente normativa in tema di privacy. Il compito di presidiare gli adempimenti tecnici finalizzati alla pubblicazione sul sito istituzionale è invece in capo al Responsabile della Trasparenza, che si avvale della

“redazione sito web” secondo le modalità indicate nella citata delibera n. 1237/2025. Lo stesso responsabile provvede alle verifiche semestrali interne sull’adempimento degli obblighi di pubblicazione, mediante coinvolgimento dei direttori delle principali strutture o dei loro referenti. In occasione di tali verifiche vengono utilizzati criteri di valutazione analoghi a quelli 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 2025 è stata effettuata una specifica focalizzazione su alcune sezioni di Amministrazione Trasparente particolarmente articolate e complesse, in particolare sulla sottosezione “Personale” che, oltre a riportare l’elenco degli incarichi di vertice e di quelli dirigenziali, contiene le varie informazioni sui titolari di tali incarichi; sono state implementate le specifiche informazioni relative ai dirigenti cessati, alle retribuzioni ed alla contrattazione integrativa. Anche la sottosezione “bandi di gara e contratti” è stata oggetto di riorganizzazione soprattutto ai fini di una migliore consultazione, integrando il rinvio alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici con le ulteriori informazioni richieste dalle deliberazioni ANAC, sia con riferimento ai dati generali sull’attività contrattuale sia riguardo alle singole procedure di affidamento.

Per i prossimi anni si rende necessario proseguire con le varie iniziative di semplificazione e miglioramento, nell’ottica di organizzare le numerose informazioni da pubblicare in modo semplice e lineare per consentirne una efficace comprensione e consultazione, anche in termini di impostazione grafica del sito web, in collaborazione con i responsabili delle varie strutture aziendali. Si rende quindi opportuna una costante condivisione di tali 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 2025 è proseguita in modo sistematico l’attività del Coordinamento regionale dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (CRRA). Gli incontri dell’organismo rappresentano una efficace occasione di confronto e di raccordo per le Aziende Sanitarie della Regione che affrontano problematiche comuni, consentendo di condividere indicazioni operative e linee guida validate a livello regionale nonché iniziative di formazione da destinare ai dipendenti del SSR. Tra le iniziative più importanti del 2025, in tema di trasparenza, si segnalano quelle finalizzate all’applicazione della deliberazione ANAC n. 495/2024, riguardo ai nuovi modelli obbligatori da utilizzare per le pubblicazioni. Si sono infatti posti alcuni problemi di carattere interpretativo, tenendo presente la peculiarità delle Aziende Sanitarie e la circostanza che molti obblighi di pubblicazione per gli enti del SSN traggono origine dalle disposizioni speciali di cui all’art. 41 del D.Lgs. 33/2013.

Iniziative di comunicazione 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). E' opportuno ricordare che i Comitati di partecipazione, espressione delle realtà associative presenti nel territorio, costituiscono una importante sede di confronto e comunicazione con i cittadini: agli stessi Comitati vengono sottoposti i principali atti di programmazione, comprese le iniziative in materia di anticorruzione e trasparenza. Sono inoltre da menzionare le specifiche attività di formazione destinate al personale dipendente dell’Azienda, compreso il personale medico ed i professionisti sanitari; si segnalano, a titolo esemplificativo, gli incontri periodici con i referenti per la trasparenza, che operano

nelle diverse strutture tecnico-amministrative, oltre ai vari contatti con i professionisti sanitari per la corretta gestione delle richieste di accesso civico.

Nei prossimi anni, in particolare nel 2026, saranno promosse ulteriori iniziative nei confronti del personale dipendente e dei soggetti esterni, con la finalità di estendere alla cittadinanza la cultura della partecipazione e della trasparenza. Tali iniziative devono 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 dicembre 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 i vari ruoli e responsabilità.

Il regolamento ha confermato l'attività dell'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, con 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 uno specifico incarico di funzione (IFO) 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 utile contributo per la compiuta valutazione dell'idoneità delle azioni in tema di trasparenza. Considerando i dati aziendali relativi al 2025, nel corso dell'anno si sono registrate n. 13 richieste di accesso civico generalizzato, oggetto di puntuale valutazione e riscontro, che sono state accolte in maniera totale o parziale.

Merita inoltre fare un breve riferimento all'accesso agli atti o documentale, in quanto connesso all'attività dell'UCA, benché tale materia non afferisca strettamente alla trasparenza. Anche nell'anno 2025 risultano pervenute numerose istanze di accesso documentale (oltre 160), 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. Pertanto l'UCA, di volta in volta, ha cercato di chiarire questi 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. Nel mese di dicembre 2025 è stato avviato un processo di revisione organizzativa aziendale che vede interessato l'assetto dei Dipartimenti e delle Aree Dipartimentali oltre che le strutture organizzative professionali tecnico-amministrative. L'approvazione dell'assetto organizzativo definitivo dell'azienda e l'attivazione completa della nuova organizzazione avverrà nel primo semestre del 2026. Pertanto di seguito viene descritta l'organizzazione attuale.

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:

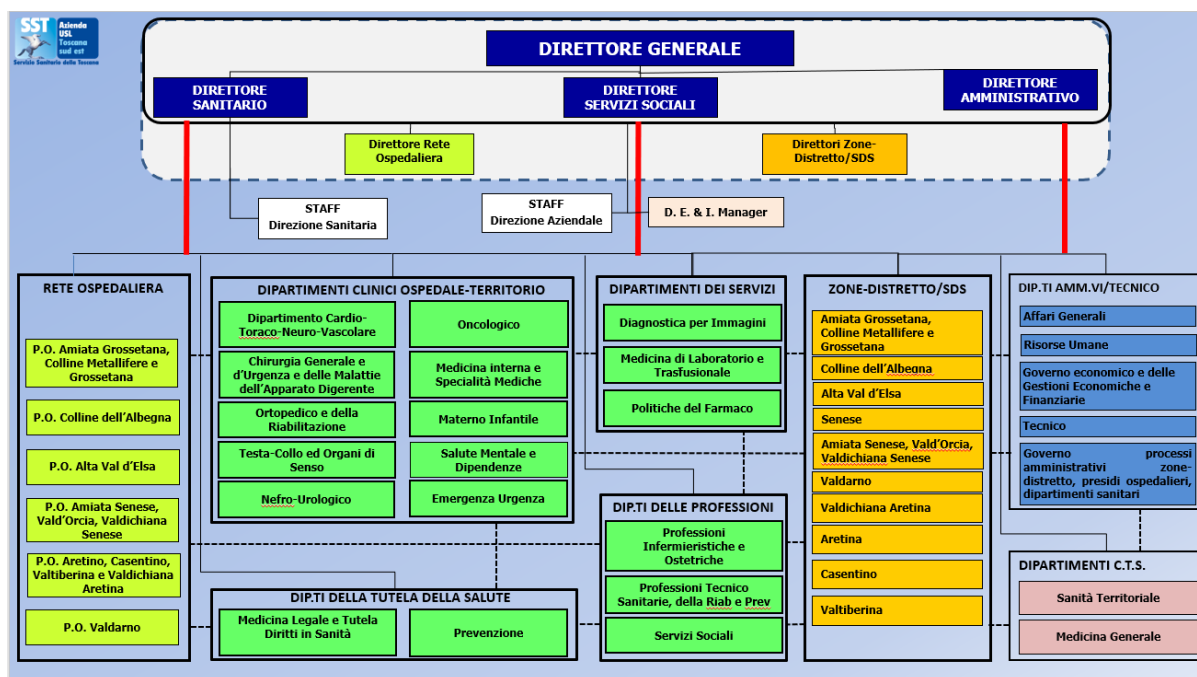
- Zone-distretto e/o SdS
- Presidi ospedalieri
- Dipartimenti e Staff
- Aree Dipartimentali
- Unità funzionali territoriali

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 842, così distribuiti per profilo professionale:

- Infermiere/Ostetrica: 408
- Tecnico Sanitari, della riabilitazione e della prevenzione: 193
- Assistente sociale: 36
- Professionale, tecnici ed amministrativi: 205

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

Indennità di funzione annua	N° incarichi	Livello di complessità
4.100 €	174	Medio
4.300 €	15	
4.500 €	12	
4.600 €	77	
4.800 €	73	
5.000 €	79	
6.000 €	140	
7.350 €	112	
8.500 €	109	
10.200 €	27	Elevato
12.200 €	22	
13.500 €	2	
Totale	842	

Organizzazione del lavoro agile

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

Negli ultimi anni, il contesto lavorativo ha subito una significativa trasformazione, rendendo necessaria l'adozione di modalità di lavoro più flessibili. Il lavoro agile si configura come uno strumento strategico per conciliare esigenze organizzative e produttive con il benessere e la qualità della vita dei dipendenti. Sono forme di lavoro agile lo smart working ed il telelavoro o lavoro da remoto.

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 promuovendo così maggiore autonomia, responsabilità individuale e ottimizzazione dei tempi. L'organizzazione avviene per fasi, cicli e obiettivi ed è stabilita con un accordo tra dipendente e datore di lavoro.

Il telelavoro, una delle prime forme di lavoro agile, risulta meno flessibile dello "smart working" moderno e si caratterizza per orari rigidi, tendenzialmente gli stessi del personale in azienda e con le stesse mansioni, con l'individuazione di una postazione fissa in un luogo diverso da quello della sede dall'Azienda.

Sono elementi fondamentali del lavoro agile (smart working e telelavoro):

- 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;
- il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti (in via residuale esclusivamente per la dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa) 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).

Per il personale afferente all'area contrattuale comparto, previo confronto con la parte sindacale, l'Azienda ha definito i criteri generali di individuazione delle attività che possono essere effettuate in lavoro agile, i criteri di priorità per l'accesso allo stesso e le modalità di fruizione del lavoro agile in relazione al principio della prevalenza in presenza dell'attività lavorativa. Il documento, potrà essere aggiornato, anche alla luce delle nuove disposizioni contrattuali in materia disciplinate dall'art. 28 del CCNL 2022/2024, entrato in vigore il 28 ottobre 2025.

Al fine di mettere a regime questo nuovo sistema di lavoro, l'Azienda ha dato indicazione ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative di:

- eseguire sia una preventiva mappatura delle proprie attività/processi che possono essere svolti, in tutto o in parte, in lavoro agile.
- individuare il numero complessivo massimo, per ciascuna unità operativa, di lavoratori che possono accedere al lavoro agile.
- valorizzare, nell'assegnazione degli obiettivi individuali e di struttura, la dimensione del controllo sul risultato rispetto a quella del controllo sui comportamenti.

I dipendenti interessati stipuleranno con il proprio responsabile un accordo individuale a tempo determinato valido per un periodo non inferiore a tre mesi eventualmente prorogabili.

L'Azienda si riserva la possibilità di adottare successivamente un regolamento inerente il lavoro da remoto.

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 organizzati ed elaborati secondo le indicazioni contenute nel Decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri 8 maggio 2018, recante "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche", adottato ai sensi dell'art. 6-ter del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, con specifico riferimento al paragrafo 7 relativo alle Aziende e gli Enti del SSN, e dagli indirizzi per la predisposizione dei Piani Triennali di Fabbisogno di personale per il triennio 2026 - 2028 forniti dalla Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale della Regione Toscana con delibera n. 1750 del 22 dicembre 2025.

L'Azienda, in sede di stesura del PTFP, tiene conto del principio dettato dall'art. 6 comma 2 D.Lgs. 165/2001 circa 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.

Il PTFP è stato trasmesso in Regione Toscana per pec con comunicazione prot. n. 0005876 del 12 gennaio 2026 e Regione Toscana approverà l'insieme dei PTFP delle aziende sanitarie con DGRT.

Il PTFP 2026-2028 parte da una dotazione organica al 31 dicembre 2025 di 9.436 unità di personale a tempo indeterminato, di cui 1.702 della dirigenza sanitaria, 66 della dirigenza non sanitaria, 5.164 del comparto sanitario e 2.541 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 presentano valori residuali (nel 2025 pari ad una presenza media di 222 teste equivalenti di personale, con la previsione di lieve decremento nel 2026 per andare a ridursi fino ad un valore previsto di 151 nel 2028).

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 10 il PTFP 2026 – 2028, in corso di approvazione da parte di Regione Toscana.

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

	Organico al 31/12/2025	Note
Specialisti, veterinari e professionisti ambulatoriali a tempo indeterminato, determinato e provvisori	324	Teste equivalenti a tempo pieno al 31/12/2025
Medici Continuità assistenziale a tempo indeterminato, determinato e occasionali	330	49 TIT + 281 IP
Medici Emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato e determinato	21	20 TIT + 1 IP (SOLO CONV.)
Medici della medicina penitenziaria a tempo indeterminato e determinato	24	6 TIT + 18
Medici della medicina dei servizi e assimilati a tempo indeterminato	4	4 TIT
Medici assistenza primaria a ciclo di scelta a tempo indeterminato e provvisori	473	APS E RUAP TIT. E INC. P.
Pediatri di libera scelta a tempo indeterminato e provvisori	82	PLS TIT. E INCAR. PROV.

Formazione del personale

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

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

e sostenibile dell'Azienda stessa.

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

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

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

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

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

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

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

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

PAF 2026 in Numeri Delibera DG n. 1243 del 22 dicembre 2025	
Eventi programmati	714
Edizioni programmate	1.782
Partecipanti previsti	56.884

Distribuzione % degli eventi per gli obiettivi nazionali	2026
Competenze tecnico professionali e specialistiche	57,56
Competenze di processo, relazionali e comunicative	26,06
Competenze di sistema organizzativa/gestionale/situazionale/ruolo	16,38

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 2026, 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 2026

I principi a cui si ispira il Piano Aziendale di Formazione 2026:

- 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 della formazione "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

Tra i principi sopra enunciati sono comunque state individuate delle aree prioritarie, che rispondono ai contenuti particolarmente rilevanti del SSN e a quelli Regionali; inoltre sono stati integrati con quanto emerso dalle riunioni con la Direzione Aziendale e con i dirigenti delle Macrostrutture, come Aree di priorità Aziendali.

FORMAZIONE FAD

Negli ultimi anni le strutture e le attività sanitarie hanno subito una profonda revisione organizzativa impegnando pesantemente tutto il personale, sanitario e non. La formazione non ha mai cessato di essere un supporto fondamentale per tutti i professionisti. La formazione in presenza, tradizionale modalità di aggiornamento viene ad oggi affiancata in modo consistente dalla formazione a distanza in modalità sincrona (aule virtuali). La FAD asincrona (utilizzando il portale regionale di Formas) è stata e sarà diffusamente utilizzata, in special modo quando i corsi (ad esempio, i corsi sulla sicurezza, sulla privacy, sulla trasparenza e anticorruzione) sono rivolti ad una platea molto ampia di partecipanti. A questi si aggiungeranno i corsi legati al raggiungimento degli obiettivi previsti dal PNRR come FSE, DM70, Syllabus.

La FAD sincrona, con 60 eventi programmati, continuerà a rappresentare una importante modalità formativa, per questo sono disponibili aule virtuali che sono utilizzate anche per supportare quando necessario le eventuali esigenze dei corsi OSS e dei corsi di laurea.

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

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

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

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

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

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

- consapevolezza organizzativa, intesa come conoscenza dell'organizzazione e capacità di agire all'interno della stessa nel rispetto delle proprie competenze e dei ruoli
- sviluppo di carriera, inteso come definizione di percorsi di carriera professionali e gestionali ed inserimento dei collaboratori all'interno degli stessi sulla base delle loro capacità e talenti.

Dunque partendo da tali premesse il Piano di Formazione della Azienda USL Toscana sud est intende:

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

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

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

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

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

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

Il Piano formativo rispetto alle innovazioni tecnologiche. Anche con riguardo alla innovazione tecnologica la coerenza risulta significativa. L'innovazione tecnologica, a seguito della riforma

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

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

Cosa ci aspettiamo dal **PAF 2026**:

- 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.

Politiche del personale: formazione, valorizzazione del personale, coinvolgimento delle multiprofessionalità nelle decisioni e nel confronto volto al miglioramento.

Per il PAF 2026, la raccolta dei fabbisogni formativi è avvenuta nel rispetto del Piano della Qualità della Formazione e con il supporto della APP Aziendale PAF e di WHR. Alla raccolta dei fabbisogni ed alla formulazione delle proposte, hanno positivamente collaborato gli Animatori di Formazione. Nel 2025 in ottemperanza della DGRT 616/21 "Linee Guida su Animatori di Formazione", è stato formalizzato il nuovo Albo aziendale degli Animatori di Formazione con delibera del Direttore Generale n.908/2025.

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. Il target è multiprofessionale per n. 550/714 eventi (77,03%) e monoprofessionale per n. 164/714 eventi (22,94%). Il personale sanitario con obbligo ECM partecipante agli eventi è così ripartito:

	Numero	%
Personale partecipante ai 164 eventi monoprofessionali	7.657	16,41
Personale partecipante ai 550 eventi multiprofessionali	49.227	83,59
Personale partecipante a tutti i 714 eventi in tutte le loro edizioni	56.884	100

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.

FORMAZIONE IN AMBITO PNRR (competenze digitali, infezioni ospedaliere e fascicolo sanitario)

La Regione Toscana, con nota inviata a ottobre 2025 a tutte le Direzioni Generali delle Aziende, richiama l'attenzione sulla redazione del Piano Annuale di Formazione (PAF) Aziendale per l'anno 2026

La pianificazione formativa per il 2026 dovrà tener conto del proseguimento delle progettualità attive nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – con particolare riferimento alla Missione 6 “Salute” – nonché delle ricadute operative della riforma dell'assistenza territoriale prevista dal Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 (DM 77/2022). Rientrano inoltre tra le priorità le recenti direttive nazionali in materia di obblighi formativi dei dipendenti pubblici, aventi riflessi anche sul personale del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Di seguito si riportano le principali **istruzioni operative** a cui attenersi nella redazione dei Piani Formativi Aziendali 2026:

Formazione prioritaria nell'ambito del PNRR – Missione Salute

Secondo le indicazioni della Regione Toscana, anche i piani di formazione per l'anno 2025 devono tenere presente che i professionisti delle Aziende saranno impegnati prioritariamente nei percorsi formativi sopra descritti, condizione necessaria – lo si sottolinea- per poter raggiungere gli obiettivi nazionali e quindi fruire dei finanziamenti previsti.

Nell'ambito delle misure del PNRR dedicate al potenziamento del sistema sanitario, si richiede che i Piani Formativi 2026 prevedano con carattere prioritario la prosecuzione e il completamento delle seguenti iniziative:

- **Investimento M6C2 – 1.3.1: Rafforzamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)**

Il progetto, strategico per l'attuazione della transizione digitale della sanità, include percorsi formativi destinati a professionisti clinici, operatori ICT (Information and Communication Technology) e dirigenti.

Nel 2026 è previsto:

- il completamento della formazione in modalità e-learning (FAD – Formazione A Distanza) per tutto il personale del SSR;
- ulteriori sessioni di formazione destinate alle figure apicali (responsabili di struttura);
- l'attivazione della formazione specifica rivolta al personale tecnico-informati- con Investimento M6C2 – 1.3:
- **Formazione su salute, ambiente, biodiversità e clima**

L'iniziativa, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), prevede la formazione continua, erogata in modalità FAD per tutto il 2026, sulle interazioni tra cambiamenti climatici e salute umana.

- **Attuazione della riforma dell'assistenza territoriale (DM 77/2022)**

L'implementazione dei nuovi modelli organizzativi territoriali richiede l'attivazione di percorsi formativi ECM (Educazione Continua in Medicina), accreditati con un valore di 0,3 crediti per ogni ora di formazione erogata.

- **Telemedicina – Investimento M6C1 – 1.2.3.2**

Nell'ambito del Piano Operativo Regionale (POR) per la Telemedicina, si rende necessario aggiornare le competenze professionali sull'utilizzo appropriato dei servizi digitali quali televisita, teleconsulto e telemonitoraggio.

Iniziative PNRR in fase di completamento

Le seguenti attività, avviate nell'ambito del PNRR, risultano prossime alla conclusione e potranno essere considerate residuali ai fini della programmazione 2026, salvo completamenti già calendarizzati:

Formazione sulle infezioni ospedaliere (Investimento 2.2 del PNRR);

Formazione manageriale per il personale sanitario dirigente (Investimento 2.2 del PNRR);

Progetto “Syllabus” del Dipartimento della Funzione Pubblica, finalizzato alla digitalizzazione del personale della Pubblica Amministrazione.

Altre priorità regionali trasversali

Resta confermata la priorità della partecipazione del personale SSR alle seguenti iniziative:
attività formative promosse e realizzate dal Laboratorio Formas, strumento regionale deputato all'aggiornamento professionale in ambito sanitario;
percorsi di formazione in simulazione organizzati dalla Rete Regionale di Formazione in Simulazione, finalizzati allo sviluppo di competenze tecnico-pratiche e relazionali mediante l'impiego di scenari simulati;
iniziative formative collegate al Piano nazionale di riforma della disabilità, in corso di declinazione a livello regionale, che prevedono attività sia centralizzate sia aziendali.

Formazione obbligatoria per i dipendenti pubblici

Si ricorda che la Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025 ha introdotto l'obbligo annuale di almeno 40 ore di formazione per tutti i dipendenti pubblici. A tal riguardo, con un chiarimento del 21 luglio 2025 alla Direttiva Zangrillo viene precisato che le attività ECM sono pienamente valide ai fini del raggiungimento delle 40 ore previste, purché completate e con l'attestazione del superamento della verifica finale.

Chiusura del triennio ECM 2023-2025

Si evidenzia che tutte le attività formative riferite al triennio ECM 2023-2025 dovranno concludersi improrogabilmente entro il 31 dicembre 2025. Non sarà pertanto possibile accreditare o svolgere eventi formativi che si estendano temporalmente oltre tale data.

La correttezza nella predisposizione dei PAF potrebbe essere confermata come indicatore per l'obiettivo MES.

Un elemento da considerare positivamente è che buona parte della suddetta formazione sarà erogata in modalità di FAD asincrona e pertanto con migliore gestione del tempo e degli spazi.

L'Area Sviluppo Professionalità aziendale, con nota del direttore della UOC Formazione e Rapporti con l'Università, ha condiviso ad ottobre 2025 con Direttrici e Direttori, Animatrici e Animatori della Formazione, Referenti Dipartimentali della Formazione le linee e le fasi di avvio del percorso che porta, dopo l'individuazione dei fabbisogni formativi, alla pianificazione e programmazione dei progetti formativi, a comporre il Piano Annuale della Formazione (PAF) 2026, oggetto della valutazione e deliberazione della Direzione Aziendale.

La nota indica che nella composizione del PAF occorre tenere conto innanzitutto della formazione obbligatoria da PNRR con particolare riferimento al corso FAD sul Fascicolo Sanitario Elettronico (4 ore) che deve essere obbligatoriamente svolto da tutti, senza eccezioni, entro e non oltre il 30 giugno 2026. Per l'esattezza, con riferimento al corso FSE, la regione ha attribuito l'obiettivo aziendale del 50% del personale formato al 31 dicembre 2025 ed il 100% al 30 giugno 2026. Tale obiettivo coinvolge tutte le strutture aziendali.

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 novembre 2022 l'Azienda USL 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 degli Animatori di Formazione appartenenti all'Albo Aziendale. Si specificano di seguito le metodologie formative che saranno adottate in riferimento ai diversi destinatari.

Tipologia di Formazione	N.Eventi
Audit Rischio clinico	1

Blended	41
Comando tecnico scientifico	9
Commissione di studio	1
Convegni/Congresso/conferenza	34
Corsi	300
FAD asincrona	5
FAD sincrona	60
Focus group	5
PDTA integrati e multiprofessionali	1
Rassegna di morbilità e mortalità	1
Riunioni/Gruppi di miglioramento/Comunità di pratica	105
Seminari giornata di studio,consensus	64
Simulazione	47
Stage	0
Training on the job addestramento sul campo	40
Videoconferenza	2
Totale	714

In Sintesi:

Per l'anno 2026 il PAF prevede, oltre alla adesione della formazione legata agli obiettivi del PNRR, n. 714 eventi che si dispiegano in 1787 edizioni. La previsione di spesa consiste in un investimento pari a Euro 1.040.090,83 di fondi aziendali per la formazione collettiva proposta dalle macroaree. A questi vanno aggiunti Euro 517.304,35 finanziati da fondi regionali. Inoltre vengono previsti euro 300.000,00 per la formazione individuale (obbligatoria e facoltativa). A queste risorse, come per il passato, devono aggiungersi 142.000,00 come fondo di riserva.

Aggiornamento collettivo obbligatorio e facoltativo (Fondi aziendali)	1.040.090,83
Fondi regionali	517.304,35
Aggiornamento individuale obbligatorio e facoltativo (Fondi aziendali)	300.000,00
Fondo di riserva (Fondi aziendali)	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 2026 – 2028 e che saranno rendicontati nella Relazione sulla Performance.

Quest'ultimo è il documento di rendicontazione annuale che attualmente misura gli obiettivi previsti dal PIAO, rendendoli di facile comprensione a cittadini e stakeholder. Tale documento è attualmente pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale.

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 n. 1 al presente documento è riportata la relazione fra **Obiettivi di Valore Pubblico, Obiettivi Strategici** e **Linee di indirizzo**, 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 2026 – 2028.

Il monitoraggio di questo set di indicatori avviene in base a quanto previsto nel documento del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP).

Di seguito, le principali scadenze previste dalla normativa vigente e dalla regolamentazione aziendale circa il ciclo della performance (SMVP):

- entro il 31 gennaio, approvazione del Piano della Performance, assorbito nel PIAO
- entro il 28 febbraio, assegnazione obiettivi ai Centri di Responsabilità
- nel mese di settembre, revisione programmazione operativa annuale
- entro il mese di giugno-settembre rendicontazioni obiettivi anno precedente
- di norma entro il 15 settembre presentazione dei risultati delle performance anno precedente all'OIV per validazione.

Relativamente alle misure di carattere generale della sottosezione **Rischi corruttivi e trasparenza**, si riassumono gli indicatori di monitoraggio per l'anno 2026:

- per il Codice di comportamento: continuare a realizzare la più ampia divulgazione del Codice di Comportamento riscontrabile da riunione di struttura ove risulti il livello di partecipazione degli operatori;
- per la disciplina del conflitto di interessi: continuare il percorso di condivisione e diffusione del Regolamento sul conflitto di interessi in modo da determinare la massima sensibilizzazione possibile tra tutte le professionalità presenti in Azienda e come indicatore di monitoraggio della misura di carattere generale: inserimento della modulistica relativa al conflitto di interessi nella piattaforma regionale per la gestione degli stipendi e delle presenze WHR Time a cura della competente struttura del Dipartimento Risorse Umane;
- per la disciplina relativa ad inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi: proseguire l'opera di sensibilizzazione della normativa in materia e redazione, a cura della competente struttura del Dipartimento Risorse Umane, di una procedura finalizzata al controllo delle dichiarazioni rese;
- per gli incarichi extraistituzionali: approvazione della revisione di Regolamento Aziendale a cura della competente struttura del Dipartimento Risorse Umane;

- per il divieto di post employment (pantouflage): redazione report trimestrale all'RPC e alla Direttrice Amministrativa sul monitoraggio effettuato a cura della competente struttura del Dipartimento Risorse Umane;
- per la formazione: realizzazione di tutti i corsi in materia di anticorruzione programmati (in misura pari o maggiore al 70% dei corsi previsti) e raggiungimento di almeno il 70% del numero previsto di partecipanti, a cura delle strutture dell'Area Dipartimentale Sviluppo della professionalità;
- per la rotazione ordinaria: attuazione principio di controllo interno "segregazione delle funzioni" a cura della competente struttura del Dipartimento Risorse Umane;
- per la rotazione straordinaria: adozione – al momento del procedimento penale – di provvedimento, adeguatamente motivato, di valutazione della condotta del dipendente, ai fini dell'eventuale applicazione della misura a cura della competente struttura del Dipartimento Risorse Umane;
- per la tutela del dipendente pubblico (c.d. whistleblower): specifica diffusione della relativa procedura e formazione in materia per ricordare le finalità dell'istituto "whistleblowing" e la procedura per il suo utilizzo;
- per i patti di integrità: realizzazione di almeno il 10% dei controlli su patti di integrità inseriti in bandi e contratti calcolati sul totale di patti di integrità a cura delle competenti strutture di Dipartimento Affari Generali/Dipartimento Tecnico;
- per il monitoraggio dei tempi procedurali ciascun Responsabile di struttura aziendale, per ciascun procedimento di competenza, dovrà confrontare periodicamente il termine previsto con il termine effettivo di conclusione di ciascuna istanza, calcolando eventuali scostamenti.

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, con la precisazione che, per l'anno 2026, la mappatura dei processi e l'individuazione delle relative misure specifiche, avverrà nel corso dell'anno.

Per la sottosezione relativa alla "Trasparenza", le azioni previste e la relativa tempistica sono indicate nell'allegato n.9.

Attualmente, la rendicontazione dell'attuazione delle misure individuate per il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione della corruzione e trasparenza viene effettuata mediante la redazione della Relazione annuale dell'RPCT prevista entro il 15 dicembre di ciascun anno e pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente del sito aziendale.

Per gli indicatori relativi alla sezione **Organizzazione e capitale umano**, con particolare riferimento al Piano triennale dei fabbisogni del personale, si rinvia al monitoraggio effettuato a livello regionale.

Per quanto riguarda la Formazione, si prevede l'istituzione di uno specifico Osservatorio che consenta di affinare il monitoraggio dei progetti formativi relativi a Trasformazione digitale, Value Based Health Care e Assistenza territoriale (DM 77), previo coinvolgimento dei Responsabili Scientifici di Progetto.

In considerazione dell'approvazione delle Linee Guida 2025 sul Piano integrato di attività e organizzazione e sul report del PIAO da parte della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Funzione Pubblica del 30 ottobre 2025 (pubblicate il 17 dicembre 2025 sul sito del Dipartimento Funzione Pubblica), l'Azienda si riserva di organizzare le proprie attività in previsione della redazione del prossimo Piano, prevedendo, laddove normativamente disciplinato, la redazione di un **Report integrato** che tenga conto di una maggiore integrazione tra performance, trasparenza, anticorruzione e organizzazione, focalizzandosi sulla generazione di valore pubblico.

Infine, si riassumono le azioni che conducono all'approvazione annuale del PIAO:

- **fase 1:** costituzione gruppo di lavoro integrato (novembre)
- **fase 2:** analisi strategica (novembre)
- **fase 3:** identificazione del valore pubblico e delle strategie (novembre)

- **fase 4:** definizione degli obiettivi di performance, anticorruzione e trasparenza e sviluppo organizzativo e professionale (novembre/dicembre)
- **fase 5:** approvazione e pubblicazione del documento (gennaio)
- **fase 6:** eventuale manutenzione, riesame e aggiornamento del documento

ALLEGATI

Allegato 1: Sistema di monitoraggio del Piano della Performance

Allegato 2: Piano delle Azioni Positive (PAP) 2026-2028

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: Mappatura n. 38 processi anno 2024

Allegato 7: Mappatura n. 50 processi anno 2025

Allegato 8: Mappatura n. 25 processi anno 2026

Allegato 9: Griglia obblighi di pubblicazione

Allegato 10: Piano triennale del fabbisogno di personale 2026-2028

Allegato 1- Sistema di monitoraggio del Piano della Performance - sottosezione Performance PIAO 2026-2028

OBIETTIVI STRATEGICI NAZIONALI E/O REGIONALI:	Target 2026	Target 2027	Target 2028			
Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) indicatori CORE	Rispetto obiettivi ministeriali anno 2026	Rispetto obiettivi ministeriali anno 2027	Rispetto obiettivi ministeriali anno 2028			
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 -lindicatore 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 inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza 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 48 ore dall'accesso in struttura						
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 e volume (da Piano Nazionale Esiti -PNE)						
Intervento colecistectomia laparoscopica: rispetto soglia volume ricoveri per struttura						
Intervento chirurgico per TM mammella: rispetto soglia volume ricoveri per struttura						
Intervento chirurgico per TM colon: rispetto soglia volume ricoveri per struttura						
Intervento chirurgico per frattura del collo del femore: soglia volume ricoveri per struttura						
Intervento chirurgico per protesi anca: soglia volume ricoveri per struttura						
Intervento chirurgico per protesi ginocchio: soglia volume ricoveri per struttura						

Infarto Miocardico Acuto_mortalità a 30 gg	mantenimento / miglioramento indicatori in criticità e rispetto soglie DM 70		
Intervento chirurgico per TM colon: ispetto soglia volume ricoveri per struttura			
Intervento per tumore del colon, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento			
Intervento per tumore allo stomaco, rischio di morte a 30 giorni dall'intervento			
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario, complicità a 30 giorni dall'intervento			
Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenzapot-operatoria inferiore a tre giorni			
Frattura del collo del femore, rischio di morte entro 30 giorni dall'evento			
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 2026. In attesa della delibera per l'anno 2026 facciamo riferimento alla DGRT 473/2025	Rispetto obiettivi regionali assegnati alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività per l'anno 2027	Rispetto obiettivi regionali assegnati alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività per l'anno 2028

OBIETTIVI SPECIFICI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE:						
AREA STRATEGICA	LINEA DI INDIRIZZO	AMBITO	Descrizione indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028
ATTIVITA' E PERFORMANCE: Perseguimento Strategie Regionali e Aziendali	Proseguire con le azioni per il governo dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie	Attività Ambulatoriale	TEMPO DI ATTESA : % prestazioni ambulatoriali erogate entro la soglia regionale per classe di priorità	90%		
			Attività ambulatoriale in LIBERA PROFESSIONE: numero prestazioni LP / numero prestazioni in Istituzionale	1		
			Implementazione Televisite, Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio	Incremento prestazioni anche con utilizzo piattaforma specifica (IRT)		
			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 oggetto di monitoraggio regionale	<= anno 2025	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%		
			Rispetto dei tempi per interventi di Traumatologia: % operati entro 48 ore	80%		
			Ottimizzazione Degenza Media (gg) in area medica	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		
			Rispetto dei Tempi di PS previsti da indicatori del sistema di monitoraggio della Performance della Regione Toscana (MeS)	Rispetto obiettivi regionali		
			Attività di Sala operatoria	Monitoraggio liste operatorie e rispetto dei tempi per classi di priorità	Mantenimento Miglioramento	
	Rispetto delle soglie di ammissibilità per le procedure chirurgiche da eseguire in RO, DS e Ambulatoriale come da decreto 20196/2021.	90%		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 regionali/dipartimentali		
			Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	rispetto obiettivo regionale		
			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 2026	Target 2027	Target 2028
	Intervenire con azioni di rafforzamento della rete ospedale-territorio anche inn applicazione DM 77/2022	Attività Socio-Sanitaria Territoriale	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 posti letto di cure intermedie	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 rispetto all'anno precedente		
			Formazione	Predisposizione, deliberazione PAF ed invio in Regione entro il termine stabilito. Predisposizione documento. % di realizzazione.	100%	
Formazione obbligatoria per i dipendenti pubblici (Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14 gennaio 2025).				monitoraggi periodici		
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.	Rispetto programma aziendale	
			DE&I Strategy. Attuazione e monitoraggio delle azioni per il mantenimento della certificazione di genere	rispetto programma aziendale		
			Accreditamento Istituzionale: rispetto programma	Rispetto programma regionale		
			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 PremS) % risposte con valutazione scarsa o pessima.	mantenimento diminuzione		

AREA STRATEGICA	LINEA DI INDIRIZZO	AMBITO	Descrizione indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028
QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO, TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE	Promuovere la qualità , la sicurezza e la trasparenza dei percorsi assistenziali nonchè la formazione degli operatori		Progetto PaRIS PREMS Territoriali. N° Adesioni all'indagine	>= anno 2025		
		Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure	Numero Audit Clinici (per struttura) con azioni di miglioramento	rispetto indicazioni regionali e presentazione di almeno una azione di miglioramento		
			Numero MMR (per struttura) con azioni di miglioramento	rispetto indicazioni regionali e presentazione di almeno una azione di miglioramento		
			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..)	rispetto obiettivi specifici		
		Trasparenza e Anticorruzione	Mappatura dei processi e l'individuazione delle relative misure specifiche:			
			1) Completamento lavori, forniture arredi e attivazione reti per realizzazione di Case Comunità hub previste dal PNRR entro i termini previsti dalla normativa vigente in tutte le aree provinciali aziendali	attivazione delle misure previste		
			2) Attivazione e realizzazione di procedure di reclutamento per personale sanitario assegnato a Case di Comunità hub	attivazione delle misure previste		
			3) Produzione di reportistica alla Direzione Aziendale e ai Direttori di Zona Distretto relativa ai costi relativi all'apertura di Case di Comunità hub	attivazione delle misure previste		
			4) Procedimento di introduzione della cartella clinica digitale	attivazione delle misure previste		
			5) Sviluppo del processo di telemedicina	attivazione delle misure previste		
			6) Procedimento di approvazione dei progetti incentivanti	attivazione delle misure previste		
			7) Espletamento di procedure selettive per il conferimento di incarichi di funzione e per progressioni tra aree per il personale del comparto	attivazione delle misure previste		
			8) Monitoraggio del rispetto dei tempi degli interventi chirurgici per classi di priorità in ragione dell'inserimento in lista di attesa	attivazione delle misure previste		
			9) Monitoraggio dello scorrimento adeguato delle liste nel rispetto dei bisogni di salute degli utenti	attivazione delle misure previste		
			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	Proposta da macrostrutture		
			Revisione, stesura procedure o istruzioni operative in ambiti specifici	rispetto indicazioni delle macrostrutture		
			Ottimizzazione percorso pagamenti fornitori Monitoraggio tempi di liquidazione: % di fatture liquidate/contestate al fornitore entro 30 giorni dal ricevimento.	90%		
			Azioni di recupero crediti. % di gestione delle posizioni aperte (recupero importi /prescrizione /azzeramento)	90%		

AREA STRATEGICA	LINEA DI INDIRIZZO	AMBITO	Descrizione indicatore	Target 2026	Target 2027	Target 2028		
OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE E SVILUPPO	Implementare nuovi progetti organizzativi, di innovazione e sviluppo e sanità digitale		Adozione di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili per i vari fattori produttivi	implementazione reportistica specifica				
				100%				
		Innovazioni e Sviluppi Aziendali	Redazione documento di programmazione interaziendale di Area Vasta % realizzazione documento	100%				
			Sviluppo dei progetti di efficientamento energetico: riduzione fabbisogno energetico	contenimento consumi				
			Progetti con metodologia Value-Based Health Care (VBHC): monitoraggio indicatori previsti nella revisione dei percorsi Scompenso Cardiaco e Diabete.	100% dal 2^ semestre				
			Promozione delle pari opportunità e del benessere organizzativo, istituzione della funzione DE&I (Diversity, Equity & Inclusion).	Elaborazione e attuazione del Gender Equality Plan 2026 – 2028				
			Riorganizzazione rete ospedaliera: definizione del ruolo di ciascun ospedale	stesura documento e rispetto steep stabiliti				
			Riorganizzazione rete territoriale: attivazione progressiva delle nuove strutture e dei servizi territoriali	rispetto programma aziendale				
		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				
			Sviluppo di Strumenti digitali a supporto delle attività di Monitoraggio. Sviluppo nuovi Datamart su DWH e Cruscotti Qlik. % di realizzazione di quanto programmato	100%				
			Evoluzione della Cartella Clinica Elettronica (CR1) con introduzione delle tassonomia NNN per standardizzare la documentazione infermieristica	realizzazione del programma aziendale				
			Implementazione di strumenti di accesso digitale per migliorare l'accessibilità alle prestazioni e pagamenti per i cittadini	realizzazione del programma aziendale				
			Sviluppo della piattaforma di telemedicina.	Rispetto delle indicazioni fornite dal Settore Regionale Competente				
				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%		
	ottenimento del valore pro-capite richiesto dalla Regione							
Appropriatezza prescrittiva molecole ad alto costo								
Appropriatezza prescrittiva di visite specialistiche e diagnostiche attraverso incontri specifici con MMG. Produzione di un documento con linee di indirizzo. % di realizzazione	100%							
	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 2026	Target 2027	Target 2028
BUON USO DELLE RISORSE	Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e al governo della spesa	Costi	BENI NON SANITARI	rispetto budget assegnato		
			BENI SANITARI Farmaci	rispetto budget assegnato		
			BENI SANITARI (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		
			Rispetto del budget orario di attività aggiuntiva per personale dipendente e non	Rispetto budget assegnato		
			Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato	rispetto budget assegnato		

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;
- Il Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n.81 "Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione" che all'art. 1, comma 1 stabilisce che, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 6, comma 1, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, per le amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, sono soppressi, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), gli adempimenti inerenti ai piani, tra cui:
 - Piano della performance di cui all'articolo 10, commi 1, lettera a), e 1-ter, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (lett. c);
 - Piano di azioni positive di cui all'articolo 48, comma 1, del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (lett. f);

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.

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 s.m.i., 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).

PROPOSTA PAP 2026/2028

Con il presente documento si presentano alla Direzione Aziendale, per gli atti conseguenti, le proposte per il Piano delle Azioni Positive per il triennio 2026-2028, discusse e approvate nell'incontro del Comitato del 04-12-2025 e sottoposte all'esame della Consiglieria Regionale di Parità e delle Consigliere di Parità Provinciali.

1) Favorire l'equilibrio tra vita professionale e privata (Work-Life Balance)

L'equilibrio tra vita professionale e privata è fondamentale per garantire il benessere psicofisico dei lavoratori, migliorare la produttività e ridurre lo stress. L'Azienda intende promuovere misure concrete che consentano una gestione sostenibile dei tempi di lavoro e delle responsabilità familiari.

- Orario di lavoro flessibile: Introduzione di modalità flessibili per ingressi e uscite che consentano una migliore conciliazione tra impegni lavorativi e familiari.
- Part-time e job sharing: Promozione e incentivazione dell'accesso a contratti part-time e forme di job sharing, in particolare per genitori e lavoratori con necessità di cura.
- Smart working potenziato: Consolidamento e ampliamento delle opportunità di lavoro agile, garantendo strumenti tecnologici adeguati e percorsi formativi per tutti i dipendenti.
- Misure di sostegno alla genitorialità: Implementazione di servizi come nidi aziendali, congedi parentali estesi e supporto nella gestione delle emergenze familiari.

Queste iniziative si propongono di creare un ambiente lavorativo che valorizzi la persona nella sua interezza, favorendo motivazione e partecipazione attiva.

2) Promozione della diversità e inclusione superando le discriminazioni legate all'età (Age Diversity Management)

La valorizzazione delle competenze di tutte le fasce d'età rappresenta una risorsa preziosa per l'Azienda. Contrastare le discriminazioni legate all'età significa riconoscere il contributo di ciascun lavoratore, favorendo un clima inclusivo e di mutuo apprendimento.

- Sviluppo di politiche di valorizzazione delle competenze legate a tutte le fasce d'età, con piani di *mentoring* intergenerazionale e formazione continua.
- Sensibilizzazione su pregiudizi e stereotipi legati all'età, attraverso campagne informative interne e momenti di confronto.
- Incentivazione della partecipazione di tutte le fasce d'età ai percorsi di crescita professionale e aggiornamento.
- Attivare percorsi formativi finalizzati alla riduzione del *digital divide*, al fine di garantire pari opportunità di crescita professionale e autonomia operativa nei processi di innovazione aziendale, promuovendo un patto generazionale che valorizzi il ruolo delle risorse junior nel supporto alla transizione digitale del personale senior.

Queste azioni mirano a costruire un'organizzazione coesa, che sappia sfruttare il valore della diversità generazionale come leva di innovazione e sviluppo.

3) Contrasto al gap salariale

Il contrasto alle disuguaglianze retributive è un passo fondamentale per garantire equità e inclusione. Con l'entrata in vigore della Direttiva UE 970/2023, è necessario aumentare la trasparenza salariale e adottare politiche aziendali che eliminino le disparità legate al genere.

- Adeguamento alle direttive UE 970/2023 «Pay Transparency»: Implementazione di procedure trasparenti di confronto e comunicazione delle politiche retributive.
- Certificazione di parità di genere (UNI/PdR 125:2022): Mantenimento del percorso di certificazione per garantire parità retributiva e condizioni lavorative eque. Applicazione delle azioni di miglioramento indicate.
- Policy di Diversity & Inclusion: Monitoraggio e gestione applicativa delle linee guida aziendali specifiche per prevenire discriminazioni salariali e promuovere la parità di opportunità.

Questi interventi garantiscono condizioni di lavoro eque, rafforzando la fiducia e l'impegno dei lavoratori.

4) Adozione di modelli di leadership inclusiva, adattiva e diffusa

I modelli tradizionali di leadership gerarchica non sono più sufficienti per rispondere alle esigenze di un ambiente complesso e in continuo cambiamento. La leadership inclusiva, adattiva e diffusa sono approcci moderni che superano il modello gerarchico tradizionale, focalizzandosi sulla valorizzazione della diversità (inclusiva), sulla capacità di guidare nel cambiamento e nell'incertezza (adattiva) e sulla distribuzione di autonomia e responsabilità (diffusa) per creare team più resilienti, innovativi e ingaggiati, dove l'appartenenza e il contributo di tutti sono fondamentali per il successo organizzativo

- Formazione e sviluppo di manager e coordinatori secondo i principi di leadership inclusiva, che valorizza la diversità e favorisce un ambiente inclusivo.
- Promozione di competenze di leadership adattiva, per guidare il cambiamento e gestire l'incertezza in modo efficace.
- Implementazione di modelli di leadership diffusa, che favoriscano autonomia, collaborazione e responsabilizzazione all'interno dei team.

Attraverso questi modelli, si favorisce un clima organizzativo partecipativo, capace di adattarsi efficacemente alle sfide e di radicare un senso di appartenenza.

5) Rafforzamento della comunicazione interna

Una comunicazione interna efficace è essenziale per diffondere le azioni positive e sensibilizzare tutto il personale sulle tematiche di equità, inclusione e sicurezza. Il Comitato Unico di Garanzia svolge un ruolo centrale in questo processo di diffusione e ascolto.

- Miglioramento dei canali di comunicazione interna per una più ampia e partecipativa diffusione delle azioni positive.
- Potenziamento della comunicazione specifica all'interno del Comitato Unico di Garanzia per rendere trasparenti e condivise le iniziative.
- Redazione e diffusione di vademecum su temi chiave, per esempio:
 - Gestione e prevenzione delle aggressioni al personale (aggressioni da esterni all'Azienda e aggressioni da interni all'Azienda)
 - Azioni e indicazioni operative del Piano per l'Uguaglianza di Genere.

Un sistema comunicativo chiaro e condiviso permette una maggiore consapevolezza e adesione delle persone alle politiche aziendali.

6) Formazione specifica

La formazione rappresenta uno strumento chiave per contrastare stereotipi, prevenire conflitti e promuovere il rispetto delle differenze di genere e di ruolo. Si invita all'implementazione di un'offerta sistematica di corsi dedicati a queste tematiche.

Corsi di formazione e moduli dedicati a:

- Differenze di genere e contrasto agli stereotipi.
- Gestione di emergenze conflittuali sul luogo di lavoro e tecniche di de-escalation per la tutela di operatori e utenti.
- Formazione, in particolare dei dirigenti, sui temi della leadership, sulle competenze manageriali e sulle soft skills.

Questi percorsi formativi supportano lo sviluppo di competenze relazionali e la costruzione di ambienti di lavoro più sicuri e collaborativi.

7) Promozione della salute e benessere sul luogo di lavoro (WHP - Workplace Health Promotion)

La promozione della salute sul luogo di lavoro non riguarda solo la prevenzione dei rischi, ma anche la valorizzazione del benessere globale dei lavoratori. Le iniziative WHP integrano aspetti fisici, psicologici e sociali per migliorare la qualità della vita lavorativa.

Attivazione di programmi di promozione della salute, con focus su attività fisica, alimentazione equilibrata, supporto psicologico e gestione dello stress.

Monitoraggio e miglioramento delle condizioni di lavoro per prevenire rischi psicosociali e migliorare la qualità della vita lavorativa, anche attraverso lo strumento e prassi "dell'accomodamento ragionevole", che mira ad adeguare l'ambiente lavorativo e le capacità lavorative allo stato di salute e "funzionamento" della persona.

Benefit e percorsi già in essere e da implementarne la conoscenza e fruibilità:

- Percorsi di rieducazione posturale effettuati dal Gruppo Ergo aziendale (funzione all'interno della UOSD Benessere Organizzativo);
- Percorsi facilitati prescritti dal medico competente per l'ambulatorio della medicina di genere: Diabetologico, Cardiologico, Disturbi della sfera psichica.
- Percorsi di "Caring Massage" su richiesta ed invio da parte del medico competente al personale aziendale che come comunità di pratica offre questa opportunità nei casi di:

- stress psico-fisico (di diversa natura),
 - burn-out e/o fatica (compassion fatigue),
 - disturbi del sonno,
 - stati d'ansia,
 - sostegno nel ritrovare la dimensione corporea del contatto dopo traumi e posture obbligate,
 - sostegno nei traumi chirurgici e nel post-riabilitazione,
 - dolore cronico (quando è stato già trattato, diagnosticato e in terapia)
 - difficoltà nella comunicazione (nel team multidisciplinare, con il paziente e i suoi cari etc.).
- Percorsi di riduzione dello stress basato sulla Mindfulness
- L'Azienda USL Toscana Sud Est ha integrato da diversi anni la Mindfulness nel proprio Piano Aziendale di Formazione. Dal 2020, attraverso il Comitato Unico di Garanzia, sono stati promossi percorsi formativi orientati al benessere organizzativo e alla cultura del "prendersi cura", tra cui il programma Mindfulness-Based Stress Reduction (M.B.S.R.). Nel quinquennio 2020–2025 sono state realizzate 14 edizioni formative, con una partecipazione numericamente significativa e trasversale ai diversi profili professionali, sanitari e non.
- L'esperienza ha portato alla creazione di una "comunità di pratica diffusa", che possa dare spazio e tempo di cura: Il Progetto Circoli Posillipo.
- Abbiamo pensato, questo spazio e tempo, di chiamarlo "Posillipo" che significa "pausa dalla sofferenza, dal dolore, dalla fatica". I "Circoli Posillipo" sono piccoli gruppi locali, a bacino Zonale, che si ritrovano almeno due volte al mese in uno spazio definito all'interno delle strutture aziendali.
- Anche nel 2026 abbiamo progettato ulteriori 3 corsi di formazione M.B.S.R. allo scopo di ampliare il bacino di utenza raggiunta.

Queste azioni rappresentano un investimento nella salute e nella soddisfazione del personale, con effetti positivi sulla produttività e sulla sostenibilità organizzativa.

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;
- Valutazione del rischio: Identificazione, analisi e ponderazione del rischio;
- Trattamento del rischio: identificazione e programmazione delle misure;
- Monitoraggio e controllo sull'attuazione delle misure.

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<sup>[1]
[SEP]</sup>

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
- Liste di attesa
- Rapporti contrattuali con privati accreditati
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Donazioni
- Sponsorizzazioni formazione

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 introdurne 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;
- 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.
- Essere sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo;
- Essere adatte alle caratteristiche specifiche dell’organizzazione;
- Essere graduate e programmate in funzione del livello di esposizione al rischio;
- Essere conformi alle indicazioni fornite dall’ANAC.

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.

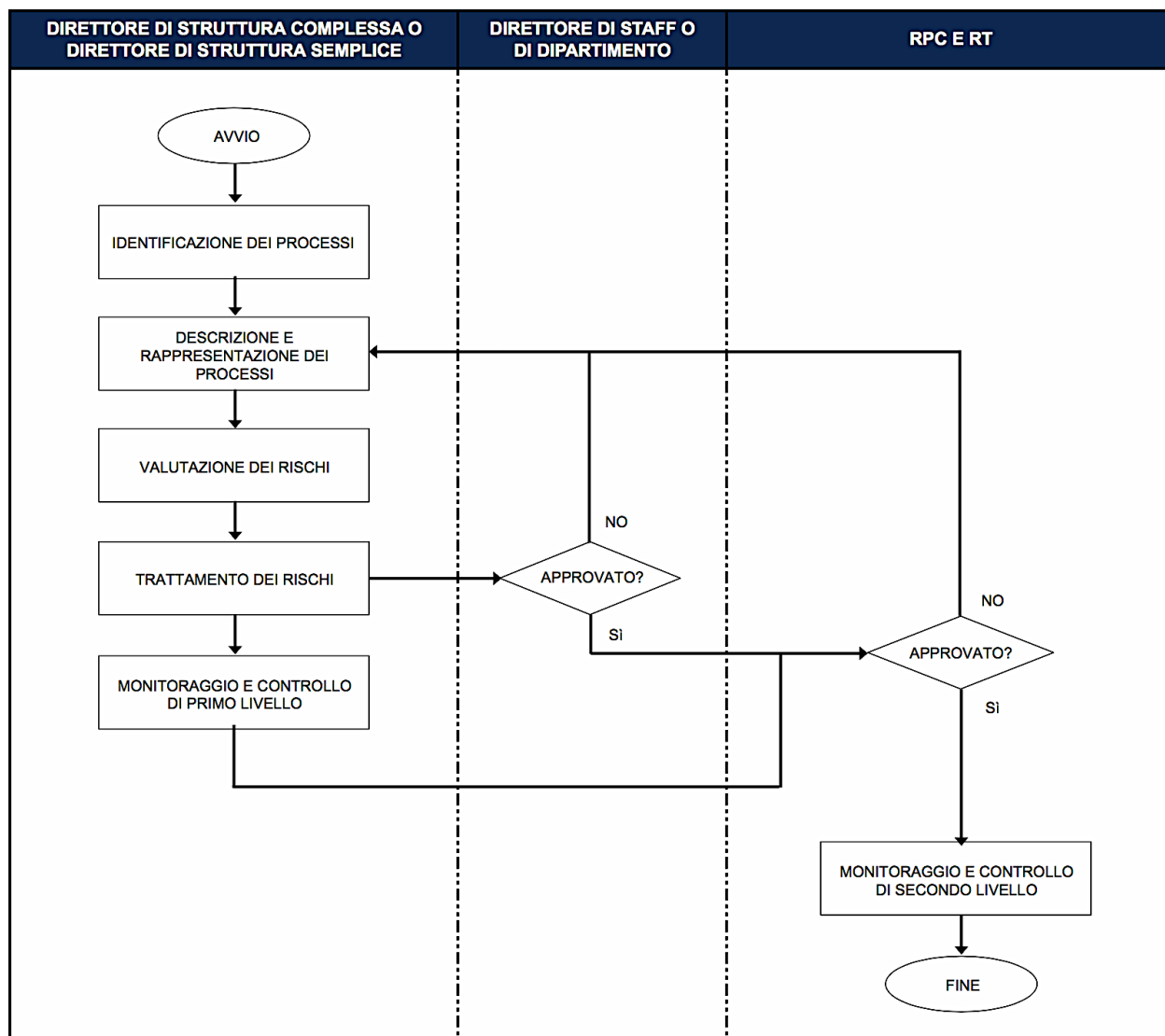
I Direttori di Unità Operativa effettuano il costante monitoraggio e controllo di primo livello sull’attuazione delle misure di prevenzione specifiche di loro competenza, riferendo tempestivamente, con una nota al RPC, sulle

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 2019 approvato con delibera del Consiglio dell'Autorità (ANAC) n. 1064 del 13 novembre
- Piano Nazionale Anticorruzione 2022 approvato con delibera del Consiglio dell'Autorità n. 7 del 17 gennaio 2023.
- Aggiornamento 2023 al Piano Nazionale Anticorruzione 2022, approvato con delibera del Consiglio dell'Autorità n. 605 del 19 dicembre 2023
- Aggiornamento 2024 al PNA 2022, approvato con delibera del Consiglio n. 31 del 30 gennaio 2025
- Indicazioni per la definizione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, approvate dal Consiglio dell'Autorità nell'Adunanza del 23 luglio 2025 che confermano che, per la metodologia di gestione del rischio corruttivo, il riferimento continua ad essere l'allegato 1 al PNA 2019.

Scheda gestione rischio
(allegato ad allegato 3 “Procedura per la gestione
del rischio corruzione” della sezione Anticorruzione
PIAO 2026 - 2028)

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 5 adeguato
			No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti			prevalentemente 4 adeguato
			No, il controllo copre solo alcune fasi del processo			3 adeguato
			Si, ma il controllo è insufficiente rispetto alle fasi del processo			parzialmente 2 adeguato
			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 5 adeguato
			Controllo prevalentemente automatico			prevalentemente 4 adeguato
			Controllo automatico e manuale in pari misura			3 adeguato
			Controllo automatico in minima parte			parzialmente 2 adeguato
			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			molto 5 adeguato
		Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi			prevalentemente 4 adeguato
		Ci sono controlli sporadici e discrezionali			3 adeguato
		Ci sono solo controlli occasionali			parzialmente 2 adeguato
		No, non ci sono controlli			non adeguato/assente 1
		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	
Controlli sistematici					prevalentemente 4 adeguato
Controlli attivati per la prima volta (report)					3 adeguato
Controlli effettuati, ma ritenuti non adeguati					parzialmente 2 adeguato
Controlli non effettuati					non adeguato/assente 1
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
Attività libero professionale	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
	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
Liste di attesa	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
	Altro.....
	Favoritismi, gestione poco trasparente
Rapporti contrattuali con privati accreditati	Mancata applicazione della procedura di gestione delle agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
	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
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Mancata comunicazione del conflitto di interessi
	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	Descrivere con accuratezza in cosa consiste la misura	Descrivere le fasi (e/o modalità) con cui verrà attuata al fine di incidere sui fattori abilitanti del rischio	Descrivere 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 e 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 inerente il processo	Numero controlli (indicare)	
	Misura di trasparenza (fattore abilitante Trasparenza)						Pubblicazione documento finale	Numero pubblicazioni (indicare)	
							Diffusione documento finale	Numero diffusioni (indicare)	
							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)	
							Comunicazioni effettuate in materia	Numero comunicazioni (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 documentazione che semplifichino i processi	Numero documenti da formalizzare (<i>indicare</i>)
					Adozione di disposizioni che sistematizzino i processi	Numero disposizioni da impartire (<i>indicare</i>)
Misura di formazione (fattore abilitante Competenze al personale, Diffusione cultura della legalità, Responsabilizzazione interna)					Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	Numero partecipanti ai corsi (<i>indicare</i>)
					Risultanze sulle verifiche di apprendimento	Numero risultanze (<i>indicare</i>)
Misura di sensibilizzazione e partecipazione (fattore abilitante Diffusione cultura della legalità)					Previsione di iniziative di sensibilizzazione	Numero di iniziative di sensibilizzazione da svolgere (<i>indicare</i>)
					Previsione di iniziative di partecipazione	Numero di iniziative di partecipazione e da svolgere (<i>indicare</i>)
Misura di rotazione (fattore abilitante) Responsabilità e Responsabilizzazione interna)					Numero di incarichi ruotati sul numero di incarichi totali	Numero di incarichi da ruotare (<i>indicare</i>)
					Numero di pratiche ruotate su pratiche totali	Numero di pratiche da ruotare (<i>indicare</i>)
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 (<i>indicare</i>)
Misura di disciplina del conflitto di interessi (fattore abilitante) Responsabilità e Responsabilizzazione interna)					Presenza di	Numero di
					specifiche previsioni su casi di conflitto di interessi tipici della struttura	previsioni specifiche sul conflitto di interessi (<i>indicare</i>)

	Misura di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (fattore abilitante Trasparenza, Distinzione tra politica e amministrazione)						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 - sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza PIAO 2026-2028

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, Simonetta Donati, 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 Secco, Mauro 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 -sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza PIAO 2026 - 2028

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. 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	Descrivici con accuratezza in cosa consiste la misura	Descrivici le fasi (e/o modalità) con cui verrà attuata al fine di incidere sui fattori abilitanti del rischio	Descrivici i tempi di realizzazione 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 Riepilogative 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	PARZIALE NTE 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
											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

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,ipse zioni 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 definizione e promozione dell'etica e di standard di comportament o	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
											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
Dipartimento Di Prevenzione	Ad Sanità 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 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
											Misura di formazione	un corso agli operatori	spiegazione di tutte le fasi	un anno	Controlli da parte del sovraordinato sulla documentazione inerente il processo	2	Annuale
															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 del 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 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 dei 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 Verzichelli	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	Dipartimento Gestione amministrativa zone-distretto, presidi	Concessione contributi per parrucche	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico	VERZICHELLI ANGELA	ALTO	Si, il controllo copre tutte le fasi del	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici e ritenuti adeguati	PREVALENTE	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

ospedaliери, dipartimenti sanitari	ospedaliери, dipartimenti sanitari		diretto ed immediato per il destinatario			processo					ADEGUATO	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 zona-distretto, presidi ospedaliери, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zona-distretto, presidi ospedaliери, 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 con le strutture competenti Adozione del regolamento Diffusione del regolamento	Un anno	Verifica adozione di un Regolamento	1	Annuale	
Dipartimento Gestione amministrativa zona-distretto, presidi ospedaliери, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zona-distretto, presidi ospedaliери, 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 zona-distretto, presidi ospedaliери, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zona-distretto, presidi ospedaliери, 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	Si, 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. 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 zona-distretto, presidi ospedaliери, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zona-distretto, presidi ospedaliери, dipartimenti sanitari	Quota Sanitaria RSARSD	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Dott.ssa Angela Verzichelli	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 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 zona-distretto, presidi ospedaliери, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zona-distretto, presidi ospedaliери, 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 prestampati 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 zona-distretto, presidi ospedaliери, 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	MARISA VANNOCCCHI	MEDIO/ALTO	No, il controllo copre completamente solo 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 aperta- 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'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 zona-distretto, presidi ospedaliери, dipartimenti sanitari	Dipartimento Gestione amministrativa zona-distretto, presidi ospedaliери, 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	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/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	PREVALENTE 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	PREVALENTE 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	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 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	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 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	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	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 Danefoni Sabrina Foderi	ALTO	No, il controllo copre completamente solo alcune fasi del processo significativamente prevalenti	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	No, il controllo copre 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	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di regolamentazione	Nuovo regolamento aziendale per il conferimento degli incarichi del comparto alla luce del nuovo CCNL/2022	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	Sì, il controllo copre tutte le fasi del processo	Controllo automatico e manuale in pari misura	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	PREVALENTE 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/controlare 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	PREVALENTE 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 avverrà quando sarà disponibile un posto da ricoprire dall'esterno.	Publicazione documento finale	4	Annuale
														L'accordo con le OO.SS. prevede la cadenza annuale a fine anno.	Diffusione 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.		Riunioni annuali	1	Annuale

Dipartimento Risorse Umane	Uoc Programmazione, clutamento e relazioni sindacali	Pantouflage	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 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 prevalentemen te 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 e 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 ATTIVATI	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
											Misura di formazione	Occorre predisporre appositi corsi di formazione sul tema con la collaborazione delle U.O. Medicina Legale e della Comunicazione	Nel PFA 2023 o successivo previsione corso formazione	2023 - 2024	Numero di partecipanti ad un determinato corso su numero soggetti interessati	almeno 50 ad edizione	Annuale
															Risultanze sulle verifiche di apprendimento	1	Annuale
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 sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	PREVALENTE ADEGUATO	Misura di definizione e promozione dell'etica e di di comportamenti	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	100	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	formazione dell'80% dei componenti del gruppo di lavoro	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	Controllo almeno dell' 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	Pilla Silvana	ALTO	Sì, 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 Attesa	Auteri Gianfranco	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 formazione	Formazione a Coordinatori AFT, Direttori Zona/Distretto, Direttori Presidi Ospedalieri, 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	Negoziante e valutazione obiettivi economici di budget	Controlli, Verifiche, Ispezioni e Sanzioni	Bechi Luigi	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 controllo	reportistica periodica sui consumi rispetto ai 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 (A1o 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

Allegato 6 - Mappatura 38 processi anno 2024 - sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza PIAO 2026-2028

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	Pubblicazione sull'Intranet Aziendale	Entro il 2024	Nicola Falco	Pubblicazione 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 Osteetriche	Dipartimento Professioni Infermieristiche ed Osteetriche	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 amministrativa 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 specialisti 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

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
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/CRi 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 Centrali Operative di II° livello verificata la congruità dei dati inseriti, provvedendo alla archiviazione della missione per la successiva rendicontazione economica. Per le dimissioni e i trasferimenti dall'Ospedale la U.O.C Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e Traspti sanitari provvede all'elaborazione mensile del report dei trasferimenti 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 genaio 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'illecito amministrativo (da sanzione pecunaria alla revoca dell'autorizzazione). Per quanto riguarda l'assegnazione dei trasporti dal territorio la A.V/CRi 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 Centralei Operative di II 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 II livello o il personale sanitario di Azienda Usl Toscana Sud Est rilevino 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 II 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'Albo Regionale. 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/CRi 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 Centralei Operative di II 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 II 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	Breggia Mauro	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 II livello con corsi di formazione e tutoraggio	Formazione die personale delle Centrale Operativa di II 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 II livello o il personale sanitario di Azienda Usl Toscana Sud Est rilevino 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 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	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	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 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-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	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	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	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	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	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 abiataione, 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 Albani	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 Turillazzi, 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 Turillazzi, 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 Turillazzi, 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 Turillazzi, Alfredo Notargiacomo	Adozione di disposizioni che sistematizzino 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 Turillazzi, 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 Turillazzi, Alfredo Notargiacomo	Presenza di specifiche 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. 7 - Mappatura 50 processi anno 2025 - sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza - PIAO 2026-2028																				
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	Sì, 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	Sì, 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 comunicazione 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) Accredimento 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 Accredimento (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	Trimestral e	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	Adeguate	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 amministrativ a Zona Distretto Aretina	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un care giver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa Zona Distretto Aretina	Provvedim enti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatari o	Elena Rebora	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Adeguito	Mancata regolamentazi one del processo	Misura di regolamentazio ne	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 amministrativ a Zona Distretto e Presidio Ospedaliero Valdarno	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un care giver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa Zona Distretto e Presidio Ospedaliero Valdarno	Provvedim enti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatari o	Elena Rebora	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Adeguito	Mancata regolamentazi one del processo	Misura di regolamentazio ne	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 amministrativ a Zona Distretto Senese	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un care giver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa Zona Distretto Senese	Provvedim enti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il 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	Adeguito	Mancata regolamentazi one del processo	Misura di regolamentazio ne	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 amministrativ a Zona Distretto Valdichiana Aretina e SO Cortona	Erogazione contributo regionale finalizzato al supporto di un care giver in favore di pazienti affetti da SLA nella UOC Gestione amministrativa Zona Distretto Valdichiana Aretina e SO Cortona	Provvedim enti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatari o	Vannocchi Marisa	ALTO	No, il controllo copre solo alcune fasi del processo	Controllo manuale	Ci sono controlli sporadici, ma oggettivi	Controlli sistematici	Adeguito	Mancata regolamentazi one del processo	Misura di regolamentazio ne	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 ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per i destinatari	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 Tecnico Sanitarie, della Riabilitazione e della Prevenzione	Dipartimento Professioni Tecnico 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 incongruità 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	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	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 informazioni: N° di risposte date/ N° di richieste informazioni (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 regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	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 regolamentazione del processo	Misura di regolamentazione	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 comunicazione 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 regolamentazio ne	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 comunicazioni 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	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 comunicazione 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 contenzioso	Silvia Rossi	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	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	Acquisizione e gestione del Personale	Sergio Biancone	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	Non indicati	Misura di sensibilizzazione 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 appropriatezza 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	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	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 8 - Mappatura 25 processi anno 2026 - sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza - PIAO 2026-2028

Mappatura processi anno 2026

Nome del processo	Struttura	Responsabile	Area di rischio	OBIETTIVI VALORE PUBBLICO
A) PROCESSI FUNZIONALI AGLI OBIETTIVI DI VALORE PUBBLICO				
Completamento lavori per realizzazione di Case Comunità hub previste dal PNRR entro i termini previsti dalla normativa vigente	UOC Lavori Pubblici Arezzo	Andrea Casini	CONTRATTI PUBBLICI	Miglioramento dell'efficienza organizzativa e della presa in carico del cittadino utente
Completamento lavori per realizzazione di Case Comunità hub previste dal PNRR entro i termini previsti dalla normativa vigente	UOC Lavori Pubblici Siena	Alessandro Frati	CONTRATTI PUBBLICI	
Completamento lavori per realizzazione di Case Comunità hub previste dal PNRR entro i termini previsti dalla normativa vigente	UOC Lavori Pubblici Grosseto	Riccardo Antonelli	CONTRATTI PUBBLICI	
Fornitura arredi per Case di Comunità hub Zona Aretina	UOC Forniture beni e servizi	Nicola Falco	CONTRATTI PUBBLICI	
Fornitura arredi per Case di Comunità hub Zona Senese	UOC Forniture beni e servizi	Nicola Falco	CONTRATTI PUBBLICI	
Fornitura arredi per Case di Comunità hub Zona Grossetana	UOC Forniture beni e servizi	Nicola Falco	CONTRATTI PUBBLICI	
Attivazione reti per Case di Comunità hub Zona Aretina	UOC Governo tecnologie informatiche, reti, dati e fonia	Sergio Biancone	CONTRATTI PUBBLICI	
Attivazione reti per Case di Comunità hub Zona Senese	UOC Governo tecnologie informatiche, reti, dati e fonia	Sergio Biancone	CONTRATTI PUBBLICI	
Attivazione reti per Case di Comunità hub Zona Grossetana	UOC Governo tecnologie informatiche, reti, dati e fonia	Sergio Biancone	CONTRATTI PUBBLICI	
Attivazione e realizzazione di procedure di reclutamento per personale sanitario assegnato a Case di Comunità hub	UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Ignazio Troisi	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	
Produzione di reportistica alla Direzione Aziendale e ai Direttori di Zona Distretto relativa ai costi relativi all'apertura di Case di Comunità hub	UOC Programmazione operativa e controllo di gestione	Luigi Bechi	CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI	

Procedimento di introduzione della cartella clinica digitale	UOC Governo sistemi digitali	Luigi Spanu	CONTRATTI PUBBLICI	Trasformazione digitale
Sviluppo del processo di telemedicina	UOC Governo sistemi digitali	Luigi Spanu	CONTRATTI PUBBLICI	
Procedimento di approvazione dei progetti incentivanti	UOSD Relazioni Sindacali	Maria Leoni	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	Miglioramento delle competenze gestionali e professionali del personale aziendale (Valorizzazione capitale umano)
Espletamento di procedure selettive per il conferimento di incarichi di funzione	Dipartimento Professioni Infermieristiche e Ostetriche	Vianella Agostinelli	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	
Espletamento di procedure selettive per il conferimento di incarichi di funzione	Dipartimento Professioni tecnico Sanitarie, della Prevenzione e della Riabilitazione	Daniela Cardelli	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	
Espletamento di procedure selettive per il conferimento di incarichi di funzione	Dipartimento dei Servizi Sociali	Patrizia Castellucci	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	
Espletamento di procedure selettive per progressioni tra aree per il personale del comparto	UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Ignazio Troisi	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	
Monitoraggio del rispetto dei tempi degli interventi chirurgici per classi di priorità in ragione dell'inserimento in lista di attesa	UOC Governo appropriatezza delle risposte sanitarie e tempi di attesa	Gianfranco Autieri	LISTE DI ATTESA	Miglioramento nell'appropriatezza, efficacia e qualità delle prestazioni di prevenzione e cura dei cittadini/utenti
Monitoraggio dello scorrimento adeguato delle liste nel rispetto dei bisogni di salute degli utenti	UOC Governo appropriatezza delle risposte sanitarie e tempi di attesa	Gianfranco Autieri	LISTE DI ATTESA	

B) PROCESSI GENERALI/TRASVERSALI:				
Controlli sull'utilizzo delle carte carburante	UOC Logistica e gestione contratti non sanitari	Nicola Falco	CONTRATTI PUBBLICI	
Assegnazione degli autoveicoli aziendali	UOC Logistica e gestione contratti non sanitari	Nicola Falco	CONTRATTI PUBBLICI	
Procedura di deroga al principio di rotazione negli affidamenti sotto i 140.000 euro	UOC Gestione forniture beni e servizi, programmazione e rapporti con ESTAR	Nicola Falco	CONTRATTI PUBBLICI	
Processo di individuazione del fabbisogno contrattualizzato dalle strutture private convenzionate	UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Elisabetta Lucaroni	RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI	
Recupero coattivo dei crediti	UOC Recupero crediti	Daniela Pessina	GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE/BILANCIO E DEL PATRIMONIO	

Allegato 9 - Griglia obblighi di pubblicazione - sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza - PIAO 2026-2028

DENOMINAZIONE SOTTO-SEZIONE I 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 (ATTUALE ORGANIZZAZIONE IN CORSO DI REVISIONE)	DIPARTIMENTO DI AFFERENZA DEL DIRIGENTE RESPONSABILE (ATTUALE ORGANIZZAZIONE IN CORSO DI REVISIONE)	DIRIGENTE STRUTTURA/FUNZIONE RESPONSABILE DELLA RILEVAZIONE, ELABORAZIONE E TRASMISSIONE DEI DATI (NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DAL 2026 - DELIBERA DG 1209/2025)	DIPARTIMENTO DI AFFERENZA DEL DIRIGENTE RESPONSABILE (NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO DAL 2026 - DELIBERA DG 1209/2025)	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	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT) – Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza	Direzione Generale	Responsabile Trasparenza (RT) mediante Redazione Sito (delibera DG 1237/2025)	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 <i>link</i> alle norme di legge statale 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	Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Direzione Generale	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)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, 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	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Direzione Generale	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	Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Direzione Generale	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	RPC - Direttore UOC Gestione del personale dipendente	Direzione Generale - Dipartimento Risorse Umane	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	<i>Link a sito ministeriale</i>		<i>Link a sito ministeriale</i>		RT mediante Redazione Sito	
ORGANIZZAZIONE	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	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 ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	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	istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il c	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 fonia	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione - Direttore UOC Governo tecnologie informatiche, reti, dati e fonia	Direzione Generale - Dipartimento Affari Generali, programmazione ed acquisto beni	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. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	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	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Gestione del personale convenzionato ed altri rapporti di lavoro	Vari Dipartimenti - Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				<u>Per ciascun titolare di incarico:</u>							
		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	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Gestione del personale convenzionato ed altri rapporti di lavoro	Vari Dipartimenti - Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Gestione del personale convenzionato ed altri rapporti di lavoro	Vari Dipartimenti - Dipartimento Risorse Umane	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	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Gestione del personale convenzionato ed altri rapporti di lavoro	Vari Dipartimenti - Dipartimento Risorse Umane	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	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Gestione del personale convenzionato ed altri rapporti di lavoro	Vari Dipartimenti - Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		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	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Gestione del personale convenzionato ed altri rapporti di lavoro	Vari Dipartimenti - Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Titolari di incarichi dirigenziali		Incarichi amministrativi di vertice	<u>Per ciascun titolare di incarico:</u>							
		Artt. 14-15 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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Artt. 14-15 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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Artt. 14-15 e art. 41, c. 2 e 3, d.lgs. n. 33/2013		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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT

PERSONALE	AMMINISTRAZIONE DI REGIONE (DG/DA/DS/DSS/DZD)	Artt. 14-15 e art. 41, c. 2 e 3, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	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 Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	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 inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	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 Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	ri di incarichi dirigenziali (dirigenti non gerarchici)		Incarichi dirigenziali a qualsiasi titolo conferiti - incarichi di direttore di dipartimento e di direttore di struttura semplice e complessa (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:							
		Artt. 14-15 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	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Artt. 14-15 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	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Artt. 14-15 e art. 41, c. 2 e 3, d.lgs. n. 33/2013		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	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Artt. 14-15 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	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	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 inconferibilità 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	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	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	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	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	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	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	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		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	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	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 vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	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 gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	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 Gestione economica del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	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 Gestione economica del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	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 Gestione economica del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Gestione del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	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 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione giuridica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Link a sito ARAN		Link a sito ARAN		RT mediante Redazione Sito	
		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 dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente - Direttore UOC Relazioni sindacali	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOSD Relazioni sindacali	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT

	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4,d.lgs. n. 150/2009	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	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOSD Relazioni sindacali	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Programmazione operativa e controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Strategica	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Programmazione operativa e controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Strategica	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Programmazione operativa e controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Strategica	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
BANDI DI CONCORSO		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 le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Link o sito <i>ESTAR</i> - Direttore UOC Programmazione e reclutamento del personale	ESTAR - Dipartimento Risorse Umane	Link o sito <i>ESTAR</i> - Direttore UOC Programmazione fabbisogni e reclutamento del personale	ESTAR - Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
PERFORMANCE	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Programmazione operativa e controllo di gestione	Staff Direzione Strategica	RT mediante Redazione Sito	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) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Programmazione operativa e controllo di gestione	Staff Direzione Strategica	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Programmazione operativa e controllo di gestione	Staff Direzione Strategica	RT mediante Redazione Sito	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 stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente - Direttore UOC Relazioni sindacali	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente - Direttore UOSD Relazioni sindacali	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Gestione economica del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	Direttore UOC Gestione del personale dipendente	Dipartimento Risorse Umane	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito
<u>Per ciascuno degli enti:</u>											
1) ragione sociale		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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 spettante (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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	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 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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	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 (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT		

ENTI CONTROLLATI		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, 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 dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				<u>Per ciascuna delle società:</u>							
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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 spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	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 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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano 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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	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 o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
				<u>Per ciascuno degli enti:</u>							
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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 spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	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 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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	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 (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
ATTIVITA' E PROCEDIMENTI	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	<u>Per ciascuna tipologia di procedimento:</u>							
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	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)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	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)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	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)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	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 procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	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)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	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 modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. l), 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)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	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)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				<u>Per i procedimenti ad istanza di parte:</u>							
		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 le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		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)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	azioni sostitutive e acquisizione d'ufficio	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)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Staff Direzione Aziendale	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Vari Dipartimenti - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
PROVVEDIMENTI	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 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 prescelta (link alla sottosezione "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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	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 prescelta (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	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni - Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
SOTTO-SEZIONE "BANDI DI GARA E CONTRATTI"	ATTI E DOCUMENTI DI CARATTERE GENERALE RIFERITI A TUTTE LE PROCEDURE										
		Riferimento normativo	Denominazione obbligo	Contenuto dell'obbligo	Aggiornamento						
		Art. 30, d.lgs. 36/2023 Uso di procedure automatizzate nel ciclo di vita dei contratti pubblici	Automatizzazione delle procedure	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	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro il 30/04 di ciascun anno - RT
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 4, co. 3)	Acquisizione interesse realizzazione opere incomplete	Avviso manifestato da acquirenti e 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	Tempestivo	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		ALLEGATO I.5 al d.lgs. 36/2023 Elementi per la programmazione dei lavori e dei servizi. Schemi tipo (art. 5, co. 8; art. 7, co. 4)	Mancata redazione Programmazione	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	Tempestivo	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Documenti sul sistema 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.	Tempestivo	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 169, d.lgs. 36/2023 Procedure di gara regolamentate Settori speciali	Gravi illeciti professionali	<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).	Tempestivo	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 11, co. 2-quater, l. n. 3/2003, introdotto dall'art. 41, co. 1, d.l. n. 76/2020 Dati e informazioni sui progetti di investimento pubblico	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 UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 31/10 di ciascun anno - RT
	PER OGNI SINGOLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO INSERIRE IL LINK ALLA BDNCP 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	Denominazione obbligo	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 I.6 al d.lgs. 36/2023 Dibattito pubblico obbligatorio	Dibattito pubblico	1) Relazione sul progetto dell'opera (art. 40, co. 3 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 ai nn. 2 e 3, è prevista sia per le SA sia per le amministrazioni locali interessate dall'intervento	Tempestivo	Direttori UO/OCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese.	Dipartimento Tecnico	Direttori UO/OCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	RT mediante Redazione Sito	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 II.7)	Documenti di gara	Documenti di gara. Che comprendono, almeno: Delibera a contrarre Bando/avviso di gara/lettera di invito Disciplinare di gara Capitolato speciale Condizioni contrattuali proposte	Tempestivo	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UO/OCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Affidamento	Art. 28, d.lgs. 36/2023 Trasparenza dei contratti pubblici	Commissioni giudicatrici	Composizione delle commissioni giudicatrici e CV dei componenti	Tempestivo	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UO/OCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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 II.3, d.lgs. 36/2023)	Pari opportunità e inclusione lavorativa	<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 UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UO/OCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 215 e ss. e All. V.2, d.lgs 36/2023 Collegio consultivo tecnico	Collegio consultivo tecnico (CCT)	Composizione del Collegio consultivo tecnici (nominativi) CV dei componenti	Tempestivo	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UO/OCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT

	Esecutiva	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 II.3, d.lgs. 36/2023)	Pari opportunità e inclusione lavorativa	<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)	Tempestivo	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UO/OCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Contratti di sponsorizzazione	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 ricevimento di una proposta di sponsorizzazione, con sintetica indicazione del contenuto del contratto proposto.	Tempestivo	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese. Direttori UO/OCC afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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 Comunic136	Procedure di somma urgenza	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 prezziari 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 afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Finanza di progetto	Art. 193, d.lgs. 36/2023 Procedura di affidamento	Finanza di progetto	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 afferenti ad Area Programmazione, rapporti con Estar ed acquisti e Area Logistica, Gestione contratti servizi e farmaceutica	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari Generali	Direttori UO/OCC Lavori pubblici e Direttori UO/OCC Manutenzioni Aretina, Grossetana, Senese - Direttori UO/OCC afferenti ad Area Dipartimentale gare e contratti	Dipartimento Tecnico - Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	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	Direttori UO/OO Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione	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	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	Direttori UO/OO Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				<u>Per ciascun atto,</u>							
		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	Direttori UO/OO Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		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	Direttori UO/OO Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	RT mediante Redazione Sito	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	Direttori UO/OO Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		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	Direttori UO/OO Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	RT mediante Redazione Sito	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	Direttori UO/OO Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	RT mediante Redazione Sito	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	Direttori UO/OO Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	RT mediante Redazione Sito	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	Direttori UO/OO Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (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	Direttori UO/OO Gestione Amministrativa Zone Distretto e Presidi Ospedalieri	Dipartimento Governo processi amministrativi Zone Distretto, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti sanitari	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Bilanci	Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Bilanci	Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	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 d'esercizio e monitoraggio	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Direttore UOC Bilanci	Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	RT mediante Redazione Sito	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	Bilancio consuntivo	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 d'esercizio e monitoraggio	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Direttore UOC Bilanci	Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	RT mediante Redazione Sito	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 dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011		Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti...	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	<i>Adempimento attualmente non dovuto per le Aziende Sanitarie</i>		<i>Adempimento attualmente non dovuto per le Aziende Sanitarie</i>			
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	Direttore UOC Patrimonio	Dipartimento Tecnico	RT mediante Redazione Sito	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	Direttore UOC Patrimonio	Dipartimento Tecnico	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Programmazione operativa e controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Strategica	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 30/11 di ciascun anno - RT
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Programmazione operativa e controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Strategica	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Programmazione operativa e controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Strategica	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione e Controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Programmazione operativa e controllo di gestione (Segreteria OIV)	Staff Direzione Strategica	RT mediante Redazione Sito	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	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttore UOC Programmazione strategica (Segreteria Collegio Sindacale)	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Affari generali e pianificazione processi (Segreteria Collegio Sindacale)	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi 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 Bilancio di esercizio e monitoraggio	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Direttore UOC Bilanci	Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	RT mediante Redazione Sito	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	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Relazioni con l'utenza e Partecipazione	Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	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 Avvocatura	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Avvocatura	Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	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 Avvocatura	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Avvocatura	Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Direttore UOC Avvocatura	Staff Direzione Aziendale	Direttore UOC Avvocatura	Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	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 tabelle)	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 d'esercizio e monitoraggio	Dipartimento del Governo economico e delle Gestioni Economiche e Finanziarie	Direttore UOC Bilanci	Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	RT mediante Redazione Sito	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 e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	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 appropriatezza delle risposte sanitarie e tempi di attesa	Staff Direzione Sanitaria	Direttore UOC Governo appropriatezza delle risposte sanitarie e tempi di attesa	Staff Direzione Strategica	RT mediante Redazione Sito	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 e 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	Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione	Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	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	Direttore UOC Gestione fornitori	Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	RT mediante Redazione Sito	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 e 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	Direttore UOC Gestione fornitori	Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio semestrale entro 30/04 e 31/10 di ciascun anno - RT
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	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	Direttore UOC Gestione fornitori	Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 30/04 di ciascun anno - RT
				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	Direttore UOC Gestione fornitori	Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	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	Direttore UOC Gestione fornitori	Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	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	Direttore UOC Gestione fornitori	Dipartimento Gestioni Economiche e Finanziarie	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 (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori UO/OCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	Direttori UO/OCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	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 UO/OCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	Direttori UO/OCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	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 UO/OCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	Direttori UO/OCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	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 UO/OCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	Direttori UO/OCC Lavori pubblici Aretina, Grossetana, Senese	Dipartimento Tecnico	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		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)	Link a sito Ministero Ambiente		Link a sito Ministero Ambiente		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	Direttore UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Staff Direzione Strategica	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	Direttore UOC Strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e trasporti sanitari	Staff Direzione Strategica	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	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direttori strutture organizzative per quanto di rispettiva competenza	Vari Dipartimenti	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
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		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	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
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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	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
ALTRI 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	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Direzione Generale	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	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Direzione Generale	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	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Staff Direzione Aziendale	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Direzione Generale	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	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Direzione Generale	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.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. 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	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Direzione Generale	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	Responsabile Prevenzione Corruzione (RPC) e Responsabile Trasparenza (RT)	Direzione Generale	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 "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a 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	Responsabile Trasparenza (RT) - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione (Ufficio unico per l'accesso civico/UCA)	Direzione Generale	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	Responsabile Trasparenza (RT) - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione (Ufficio unico per l'accesso civico/UCA)	Direzione Generale	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 relativo esito con 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	Responsabile Trasparenza (RT) - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione (Ufficio unico per l'accesso civico/UCA)	Direzione Generale	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	Direttore UOC Governo sistemi digitali - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni - Direzione Generale	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 riutilizzo 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	Direttore UOC Governo sistemi digitali - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni - Direzione Generale	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 (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	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 telelavoro" 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	Direttore UOC Governo sistemi digitali - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione	Dipartimento Affari generali, programmazione ed acquisto beni - Direzione Generale	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 sottosezioni indicate		Responsabile Trasparenza (RT) - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione	Staff Direzione Aziendale	Responsabile Trasparenza (RT) - Direttore UOC Relazioni con l'utenza e partecipazione	Direzione Generale	RT mediante Redazione Sito	Monitoraggio annuale entro 30/04 di ciascun anno - RT



Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2026- 2028

DICEMBRE 2025

[Indice](#)

Introduzione	3
Inquadramento normativo e contrattuale del PTFP	3
Descrizione delle linee generali di programmazione aziendale	5
Consistenza e costi del personale al 31/12/2025	11
Cessazioni e assunzioni previste negli anni 2026, 2027 e 2028	12
Progetti dell'attività integrativa dell'istituzionale	14
Specialistica ambulatoriale	14
Piani di sviluppo	14
Previsione progressioni interne tra le aree del comparto	15
Sintesi conclusiva	16

Introduzione

Il presente documento, tenuto conto di quanto previsto dalla DGRT n. 1750 del 22/12/2025, delinea gli obiettivi e la programmazione aziendale in tema di fabbisogno della forza lavoro per gli anni 2026, 2027 e 2028 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.

Il contesto di riferimento in cui è chiamata ad operare l'Azienda nel perseguire i suddetti principi risulta caratterizzato da forti cambiamenti e da elevate criticità tra cui meritano particolare attenzione:

- la carenza di personale in particolare sanitario – dovuto anche alla bassa attrattività per i professionisti in generale e medici in particolare, nonostante le misure straordinarie introdotte da Regione Toscana anche in materia concorsuale, con l'attivazione dei concorsi Start Smart che prevedono benefit formativi e specifici percorsi di sviluppo di carriera - le sfide connesse allo sviluppo di competenze integrate e all'ingresso di nuove generazioni professionali portatrici di mutati valori e bisogni;
- la ristrettezza di risorse economiche e la connessa necessità di ottimizzare i processi e ridurre le inefficienze;
- le innovazioni tecnologiche che impongono modelli professionali iperspecializzati e l'adozione di sistemi di valutazione basati sul HTA (Health Technology Assessment);
- l'invecchiamento della popolazione che determina un incremento delle cronicità, richiedendo l'adozione di un nuovo modello di cura basato sul lungo periodo.

- la domanda crescente di prestazioni sanitarie che impone di agire non solo sull'ottimizzazione dell'offerta sanitaria, ma anche sulla domanda stessa coinvolgendo la persona a partire dai percorsi di prevenzione primaria fino alla co-creazione di salute;

Ulteriori elementi di contesto specifico nel quale l'Azienda è chiamata ad operare sono rappresentati dai seguenti:

- densità abitativa e accesso ai servizi (territorio vasto e a bassa densità abitativa, con 811.242 residenti distribuiti in 99 comuni su oltre 11.500 km²; oltre un terzo della popolazione vive in aree montane o poco popolate, creando ostacoli all'accesso uniforme ai servizi);
- calo demografico con un saldo negativo costante da nove anni;
- indice di vecchiaia elevato (in alcune zone l'indice supera 300 anziani ogni 100 giovani);
- riduzione della natalità (tasso con punte di 4,8 nati per 1.000 abitanti);
- differenze intra-territoriali nei parametri di salute;
- disomogeneità nell'accessibilità digitale e presenza di barriere fisiche in alcune strutture;

Nel contesto sopra descritto 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 e per migliorare 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 ad assicurare livelli adeguati dei tempi 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 un nuovo modello organizzativo a partire dalla rete delle Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le COT e la loro integrazione con l'intero insieme dell'offerta sanitaria e sociale del territorio:

✓ Rafforzare il modello dell'infermiere di famiglia e comunità;

✓ Rafforzare le azioni di prevenzione e analisi delle migliori strategie per rispondere all'aumento dei disagi psichici sviluppatisi in parte 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 le disuguaglianze 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;

✓ Potenziare il processo di digitalizzazione dei servizi sanitari a partire da Fascicolo Sanitario Elettronico, App Toscana Salute, dematerializzazione, telemedicina, cartella regionale unica ospedaliera e territoriale (CR1);

- ✓ Rafforzare l'integrazione professionale ed organizzativa dei MMG e dei PLS.

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) applicate ai servizi sanitari e ai processi di cura e assistenza in funzione delle criticità emergenti.

2. QUALITÀ' 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, sviluppo di politiche di welfare aziendale;
- ✓ 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, tenuto conto dell'ampia platea di personale sanitario dell'Azienda legittimato a svolgere attività libero professionale, anche a seguito dell'estensione al personale sanitario del comparto, 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:

✓ Adozione di un modello di organizzazione orizzontale che favorisca una governance inclusiva e una leadership diffusa, basato sulla Value-Based Health Care (VBHC), con l'obiettivo di massimizzare il valore delle persone assistite, migliorare la sostenibilità del sistema e valorizzare il contributo del personale;

✓ Potenziamento rete ospedaliera in sinergia con AOUS tenuto conto della nuova programmazione della rete ospedaliera prevista dalla DGRT n. 1784 del 30/12/2025;

✓ Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali;

✓ Prosecuzione nel processo di informatizzazione: sviluppo della telemedicina, Sistema Informativo Territoriale Regionale (AsterCloud) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio, Cartella Clinica Regionale CCE/CR1;

✓ 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 progetti 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 31/12/2025

Per la conclusione dell'anno 2025 si prevede un quadro del personale in servizio pari a 9.436 dipendenti a tempo indeterminato, 96 dipendenti a tempo determinato, 73 con incarico di lavoro autonomo e 47 lavoratori in somministrazione.

Riguardo agli aspetti economici, la previsione del costo del personale di competenza dell'anno 2025 è pari a 542.596.289,10 € ¹ al lordo degli oneri riflessi e al netto dell'IRAP, in cui sono ricompresi € 14.789.163,03 relativi ai maggiori costi sostenuti nel 2025 rispetto al 2024 per il rinnovo del CCNL del personale del Comparto e l'incremento dei fondi contrattuali secondo le indicazioni fornite da Regione Toscana con DDGGRRTT n. 827 e n. 828 del 23/06/2025, nonché le risorse impiegate per l'attivazione dei contratti di somministrazione lavoro e per i contratti libero professionali, pari per l'anno 2025 a:

1. Contratti di lavoro autonomo 2.673.604 €
2. Contratti di somministrazione lavoro 3.466.720 €

L'Azienda non sostiene, invece, costi per personale universitario.

¹Fonte: costo rilevato dai dati stipendiali del mese di dicembre inseriti in contabilità generale.

Cessazioni e assunzioni previste negli anni 2026, 2027 e 2028

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, anche se sono aumentati i pensionamenti.

In quest'ottica, per gli anni 2025, 2026, 2027 e 2028 gli effetti economici delle cessazioni e delle assunzioni previste annualmente sono elencate nel prospetto allegato.

Si precisa che la previsione sia in termini numerici che economici è espressa al netto dell'eventuale attivazione di nuovi servizi o all'adeguamento degli attuali servizi a seguito della messa a disposizione di ulteriori risorse economiche.

Per quanto riguarda gli strumenti di reclutamento, l'articolazione percentuale fra le diverse tipologie contrattuali varia in funzione della disponibilità o meno di graduatorie concorsuali o selettive Estar.

Si sottolinea che le assunzioni sono comprensive di eventuali procedure di stabilizzazione ai sensi dell'art. 1, comma 268, della Legge 234/2021 e ss.mm.ii

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 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 31/12/2029 e la relativa valorizzazione economica:

Unità

	2026	2027	2028	TOTALE
AREZZO	25	10	7	42
SIENA	10	10	8	28
GROSSETO	13	13	13	39
TOTALE	48	33	28	109

Costi

	2026	2027	2028	TOTALE
AREZZO	774.937,50	309.975,00	216.982,50	1.301.895,00
SIENA	309.975,00	309.975,00	247.980,00	867.930,00
GROSSETO	402.967,50	402.967,50	402.967,50	1.208.902,50
TOTALE	1.487.880,00	1.022.917,50	867.930,00	3.378.727,50

La programmazione di cui sopra potrà subire variazioni in relazione all'esito delle procedure avviate recentemente per la ricognizione di tutti i riconoscimenti dello stato di invalidità dei dipendenti in servizio ai fini della loro computabilità ai sensi dell'art. 4, comma 3 bis e 4, della Legge n. 68/99 e dell'art. 3 del D.P.R. n. 333/2000.

Al termine del 2025, la consistenza numerica presunta del relativo personale in servizio è stimabile in 437 unità, di cui 366 unità di personale disabile e 71 unità appartenenti alle categorie protette di cui all'art 18 della Legge 68/1999 per un costo complessivo di € 16.515.767,09 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 2025 è stimabile in 27.623.531,00 €² al netto di IRAP e compresi 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 talune discipline della 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 2025 è stimabile in 28.041.024,00 al netto di IRAP ed al lordo degli oneri riflessi con un incremento di 10 teste equivalenti in servizio al 31/12/2025; per il 2026 si mirerà ad una sostanziale stabilità, seppur mettendo in conto una modulazione flessibile in funzione delle possibilità di reclutamento del personale dipendente.

Piani di sviluppo

²Fonte: proiezione di spesa su totale importi pagati a dicembre.

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.

In relazione ai fabbisogni obbligatori derivanti dagli standard del DM 70/2015 e DM 77/2022 e dagli atti regionali di attuazione, non risulta al momento possibile indicare con sufficiente precisione le unità di personale necessarie per l'adeguamento alle previsioni normative poiché la programmazione in vista dell'apertura delle prime Case della Comunità prevista per la prossima primavera, ancorché in stato avanzato, non è stata ancora compiutamente definita. In merito l'Azienda si riserva di revisionare il presente piano triennale dei fabbisogni del personale in corso d'anno, all'esito della definitiva programmazione del fabbisogno.

Previsione progressioni interne tra le aree del comparto

Alla luce dei vincoli posti dall'art. 21 del CCNL 2019-2021 e dagli artt. 18 e 19 del CCNL 2022-2024 Comparto Sanità, le progressioni consentite tra le aree devono tenere conto del profilo professionale e del ruolo di appartenenza.

Considerato che, ai fini del computo del fabbisogno le progressioni in oggetto si qualificano come accessi dall'interno e che la normativa prevede una riserva per gli accessi dall'esterno pari ad almeno il 50% delle assunzioni annue, nel 2026 tali procedure potranno essere attivate previa verifica circa la disponibilità di graduatorie concorsuali e di mobilità nei profili di interesse.

Sintesi conclusiva

Tenuto conto di quanto sintetizzato nell'allegato, il quadro disegnato per gli anni 2026, 2027 e 2028 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.

Allegato 10 bis – Schema riassuntivo Piano Triennale dei Fabbisogni di personale 2026-2028 - sottosezione Piano Triennale dei fabbisogni di personale PIAO 2026-2028

	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 31/12/2024	184.466.058	6.397.987	232.143.214	99.362.429	1.673	59	5.113	2.603
CESSAZIONI 2025 (2)	6.505.378	162.661	5.516.409	2.729.318	118	3	243	143
ASSUNZIONI 2025 (2)	8.159.288	542.202	5.834.227	1.545.977	148	10	257	81
CESSAZIONI PREVISTE 2026	6.450.248	54.220	5.380.202	2.672.059	117	1	237	140
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2026	6.450.248	54.220	5.380.202	2.672.059	117	1	237	140
CESSAZIONI PREVISTE 2027	6.450.248	54.220	5.380.202	2.672.059	117	1	237	140
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2027	6.450.248	54.220	5.380.202	2.672.059	117	1	237	140
CESSAZIONI PREVISTE 2028	6.450.248	54.220	5.380.202	2.672.059	117	1	237	140
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2028	6.450.248	54.220	5.380.202	2.672.059	117	1	237	140

	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 2024	1.542.693	43.300	775.481	539.587	22,0	0,4	23,6	11,8
CONSISTENZA 2025	2.559.467	124.487	1.012.068	923.700	36,5	1,2	30,8	20,2
PREVISIONE CONSISTENZA 2026	1.753.060	0	492.890	685.916	25,0	0,0	15,0	15,0
PREVISIONE CONSISTENZA 2027	1.612.815	0	427.172	594.460	23,0	0,0	13,0	13,0
PREVISIONE CONSISTENZA 2028	1.472.570	0	361.453	503.005	21,0	0,0	11,0	11,0

	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 2024			3.074.193	283.283			62,52	6,99
CONSISTENZA 2025			3.294.481	172.239			67	4,25
PREVISIONE CONSISTENZA 2026			2.704.424	202.635			55	5
PREVISIONE CONSISTENZA 2027			2.458.568	202.635			50	5
PREVISIONE CONSISTENZA 2028			2.458.568	202.635			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 2024	950.600	0	0	168.320	30,5	0	0	4
CONSISTENZA 2025	2.615.667	0	0	57.937	61,4	0	0	4
PREVISIONE CONSISTENZA 2026	2.343.025	0	0	57.937	55	0	0	4
PREVISIONE CONSISTENZA 2027	2.257.824	0	0	57.937	53	0	0	4
PREVISIONE CONSISTENZA 2028	2.087.422	0	0	57.937	49	0	0	4

	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 2024	-165.835	-22.766	36.704	-81.334	-4,8	-0,67	2,58	-6,8
CONSISTENZA 2025	-233.205	-50.968	-33.147	-32.892	-6,75	-1,5	-2,33	-2,75
PREVISIONE CONSISTENZA 2026	-207.294	-33.979	14.226	11.961	-6	-1	1	1
PREVISIONE CONSISTENZA 2027	-207.294	-33.979	14.226	11.961	-6	-1	1	1
PREVISIONE CONSISTENZA 2028	-207.294	-33.979	14.226	11.961	-6	-1	1	1

	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 31/12/2024								
CESSAZIONI 2025 (2)								
INGRESSI 2025 (2)								
CESSAZIONI PREVISTE 2026								
INGRESSI PROGRAMMATI 2026								
CESSAZIONI PREVISTE 2027								
INGRESSI PROGRAMMATI 2027								
CESSAZIONI PREVISTE 2028								
INGRESSI PROGRAMMATI 2028								

	COSTO personale complessivo				COSTO TOTALE DIRIGENZA	COSTO TOTALE COMPARTO	COSTO TOTALE COMPLESSIVO
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO				
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO			
COSTO PREVISTO 2025	191.061.897	6.851.047	236.734.433	99.300.073	197.912.944	336.034.506	533.947.450
COSTO PREVISTO 2026	190.008.758	6.743.550	235.672.573	99.137.537	196.752.308	334.810.110	531.562.418
COSTO PREVISTO 2027	189.783.313	6.743.550	235.360.998	99.046.081	196.526.862	334.407.079	530.933.941
COSTO PREVISTO 2028	189.472.666	6.743.550	235.295.279	98.954.626	196.216.216	334.249.905	530.466.121

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