

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2025-2027

**AZIENDA OSPEDALIERO -
UNIVERSITARIA CAREGGI**





SOMMARIO

	1
PREMESSA	1
GRUPPO DI REDAZIONE	1
QUADRO GENERALE	2
SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	5
VALORE PUBBLICO	5
DIGITALIZZAZIONE	13
ACCESSIBILITA' PER DISABILI ED OVER 65	15
PERFORMANCE	16
performance organizzativa: OBIETTIVI DI BUDGET 2025	19
PERFORMANCE INDIVIDUALE: OBIETTIVI 2025	27
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	27
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	33
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	33
PARITA' DI GENERE	34
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	36
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	39
Piano Aziendale Di Formazione	46
SEZIONE 4 - MONITORAGGIO	48
Monitoraggio performance	48
Monitoraggio soddisfazione dei pazienti	49
Monitoraggio ambito anticorruzione e trasparenza	49



Monitoraggio PIANO ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE	50
MONITORAGGIO PIANO TRIENNALE FABBISOGNI PERSONALE	50

PREMESSA

Il **Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)** dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi è redatto secondo le disposizioni dell'articolo 6 del D.L. 80/2021, convertito con modificazioni dalla L.113/2021, che ne ha previsto l'adozione da parte delle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti. Con Decreto 30 giugno 2022, n. 132 il Dipartimento della Funzione Pubblica ha definito i contenuti e lo schema tipo del PIAO, che ha valenza triennale con aggiornamento annuale e deve essere adottato entro il 31 gennaio di ogni anno.

Il PIAO si inserisce tra le misure operative previste dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, concepite per accompagnare e sostenere il processo di riforma della Pubblica Amministrazione. Questo strumento mira, infatti, a rafforzare la capacità amministrativa delle istituzioni pubbliche, in linea con gli obiettivi del PNRR, migliorando l'efficienza organizzativa, la trasparenza e la qualità dei servizi erogati ai cittadini.

Il Piano si pone un duplice obiettivo:

- **integrare gli atti di programmazione** in una prospettiva strategica unitaria: assorbire, quindi, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui erano tenute le amministrazioni, quali il Piano della Performance, il Piano Anticorruzione e trasparenza, il Piano dei Fabbisogni del Personale, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile;
- **orientare i sistemi di programmazione (e rendicontazione)** anche verso la misurazione degli outcome e del Valore Pubblico generato attraverso la definizione di molteplici profili: obiettivi della performance, gestione del capitale umano, sviluppo organizzativo, obiettivi formativi e valorizzazione delle risorse interne, trasparenza ed anticorruzione, pianificazione delle attività, individuazione delle procedure da semplificare, accesso fisico e digitale, parità di genere.

Tenendo conto delle indicazioni del Dipartimento della Funzione pubblica (Decreto 132/22) riguardo allo schema ed ai contenuti previsti e con l'intento di privilegiare sempre più, anno dopo anno, la valenza strategica del documento di programmazione, si ritiene che il PIAO aziendale debba essere ispirato ai seguenti **principi e criteri di redazione**:

- individuare obiettivi ed indicatori di Valore Pubblico ed outcome che abbiano **immediata rilevanza** per i cittadini/utenti;
- far riferimento a metriche riconoscibili che siano oggetto di misurazione da parte di **fonti attendibili**, periodiche e verificabili;
- privilegiare indicatori di impatto che possano essere oggetto di **benchmarking** tra le diverse aziende e realtà sanitarie regionali;
- dare il massimo risalto all'**integrazione** tra le diverse **sezioni** e parti del documento;
- tenere conto della **valenza comunicativa** del documento nei confronti della collettività e degli stakeholders e pertanto predisporre un piano snello e sintetico che riesca a fornire un quadro organico integrato della programmazione dell'Ente.

Questo documento costituisce l'aggiornamento per il triennio 2025-2027 del PIAO aziendale ed illustra il percorso di miglioramento svolto nel corso del periodo di attuazione del PIAO 2024-2026 oltre agli obiettivi e le azioni programmate per il prossimo triennio.

GRUPPO DI REDAZIONE

Tito Berti, Paolo Campigli, Ilaria Carli, Paola D'Onofrio, Barbara Lombardo, Gabriele Marconcini, Paola Marzuoli, Claudia Muscolino, Federica Retico; Elisabetta Serafini, Barbara Tonietti, Stefano Vezzosi

QUADRO GENERALE

In linea con l'articolazione delle competenze dettata dalla Costituzione italiana (art. 117), la funzione sanitaria pubblica è esercitata da due livelli di governo: lo Stato, che definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA), stabilisce l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie necessarie al loro finanziamento e presiede il monitoraggio della relativa erogazione, e le regioni, che hanno il compito di organizzare i rispettivi Servizi sanitari regionali (SSR) per garantire l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA.

La presenza di questi due **livelli di governo** e del sistema di regole che ne conseguono, richiede di impostare una gestione della funzione sanitaria pubblica che sia capace di coniugare i bisogni sanitari dei cittadini e le loro legittime aspettative in termini di prestazioni garantite, con il rispetto dei vincoli di bilancio programmati in funzione degli obiettivi discendenti dal Patto di Stabilità.

Ne deriva che il compito di qualsiasi strumento di programmazione non può prescindere dalla necessità di rendere coerenti le linee strategiche delineate rispetto a questi due orientamenti, considerando, a vantaggio della possibilità di renderli conciliabili, che è ormai noto che il miglioramento del livello generale delle condizioni di salute e di benessere psico-fisico della popolazione non solo costituisce un risultato importante sotto il profilo del soddisfacimento dei bisogni sanitari, ma presenta indiscutibili risvolti positivi anche in termini di contenimento della spesa sociale.

Negli ultimi venti anni il SSN è stato interessato da interventi di riforma che, gradualmente, hanno delineato un articolato sistema di governance. Questo ha consentito di migliorare l'efficienza del settore, anche attraverso un'analisi selettiva delle criticità, fermo restando la tutela del diritto alla salute costituzionalmente garantito. Ciò richiede che si prosegua nell'azione di consolidamento e di rafforzamento delle attività di monitoraggio dei costi e della qualità delle prestazioni erogate nelle diverse articolazioni territoriali del SSN, in coerenza con l'azione svolta negli anni.

La diffusione del virus SARS-CoV-2, dai primi mesi del 2020, ha reso necessario adottare specifici interventi normativi finalizzati al potenziamento della performance del SSN in termini di reclutamento di personale, di ottimizzazione delle prestazioni erogate e di adeguamento delle infrastrutture. L'attuazione di tali misure ha comportato un ingente aumento della spesa per la cui copertura sono state stanziati pari ingenti risorse. Non può non evidenziarsi, in questo senso, anche il ruolo assunto dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** ed, in particolare, dalla c.d. **"Missione 6 – Salute"**, che, nel promuovere le attività di adeguamento ed ammodernamento del SSN, destina risorse significative al settore della salute e prevede rilevanti interventi di riforma strutturale che si pongono l'obiettivo di riformare la rete di assistenza sanitaria territoriale perseguendo una maggiore capillarità dei servizi sanitari presenti sul territorio, un ammodernamento delle tecnologie disponibili ed un potenziamento della digitalizzazione del SSN per un miglioramento nella capacità di erogazione dei servizi sanitari e del relativo monitoraggio.

A completamento di un quadro descrittivo già caratterizzato dalle esigenze di consolidamento dei costi maturati negli anni precedenti, anche il Sistema Sanitario si è trovato a fronteggiare, peraltro con scarsissimo potere di intervento, l'incremento della spesa legato al vertiginoso rincaro dei prezzi delle fonti energetiche, conseguente allo scoppio della guerra in Ucraina.

In questi anni caratterizzati da uno scenario di riferimento che non aveva mai raggiunto questi livelli di complessità, l'Azienda ha comunque sempre cercato di portare avanti importanti processi di riorganizzazione, spinti da un forte orientamento all'innovazione ed all'integrazione dei percorsi di cura. Del resto, la lezione appresa negli anni della pandemia rispetto alla necessità di riorganizzare spazi ed attività, riadattando e condividendo giorno dopo giorno le risorse in maniera flessibile, si è consolidata nelle attitudini dei singoli e dell'organizzazione, intaccando quella resistenza al cambiamento che era una costante del periodo pre-pandemico. Fondamentali in questo processo sono sempre stati la professionalità, la competenza e l'impegno di tutti i professionisti aziendali nel raggiungimento degli obiettivi di governo dell'Azienda e delle strutture: obiettivi spesso sfidanti, proprio perché orientati a massimizzare ogni sforzo necessario per garantire ai cittadini il livello di risposta che è loro dovuto.

Il **2023** è stato l'anno della ripartenza post pandemica, quello della ripresa a pieno regime delle attività programmate e finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa. Il Covid, nella sua fase endemica, pur ridimensionando il suo impatto clinico ed assistenziale, ha lasciato le sue tracce in termini di complessità organizzativa, richiedendo ancora uno sforzo comunque significativo per garantire l'isolamento dei pazienti contagiati all'interno dei percorsi di ospedalizzazione.

Il **2024** ha mantenuto in parte questi tratti, ma si è distinto per la ripresa non solo dei ritmi di produzione ma anche della voglia di rimettere mano ai progetti per il futuro dell'azienda: da quelli legati alla definizione di nuove destinazioni per alcuni edifici del campus non più utilizzati per l'attività assistenziale, a quelli relativi ai piani per nuove edificazioni, adeguamenti strutturali ed innovazione tecnologica, fino alla revisione dell'assetto organizzativo aziendale con l'adozione di un nuovo Statuto. Sicuramente il contesto nazionale e regionale, con il **PNRR** e la riforma del modello di servizio dell'assistenza territoriale prevista dal **DM 77/2022**, ha avviato una nuova stagione di investimenti nel Sistema Sanitario e questo è stato di stimolo per riorientare visioni e logiche di percorso.

Dal punto di vista della produzione, il 2024 si è tenuto in linea con la ripresa già avviata nel periodo post pandemico, con un trend che ha recuperato, rispetto al 2023, un ulteriore 4% di crescita sul volume dei ricoveri ordinari ed un 8% sugli accessi DH, anche in virtù di una progressiva transizione verso regimi assistenziali di maggiore appropriatezza. Anche il percorso chirurgico ha registrato un incremento di circa il 4% degli accessi in sala e questo ha permesso all'azienda di guadagnare un distacco positivo del 10% anche sulla produzione del 2019, ultimo anno prima della pandemia e dunque riferimento storico del picco di produzione raggiunto prima della crisi.

I dati raggiunti danno atto di una evoluzione del sistema verso modelli più strutturati e sostenibili, rispettosi dei bisogni dei pazienti ma anche della necessità di ottimizzare le risorse a vantaggio di tutta la domanda. Se, dunque, sul fronte della risposta chirurgica, si nota l'accelerazione che ha permesso all'azienda di effettuare un sostanziale recupero sulle liste di attesa accumulate durante la pandemia, sul fronte dei ricoveri ordinari (-0,9%) e degli accessi PS (-10,9%) si è ormai stabilizzata la lieve riduzione rispetto al 2019, a conferma di una trasformazione non casuale dell'assetto di alcuni percorsi, riposizionati su regimi diurni meno impattanti per il paziente e con una velocità di rotazione maggiore sulle dotazioni strutturali aziendali.

Lo scenario pandemico e le esperienze di successo che ci hanno consentito di gestire la fase più complessa della storia del Sistema Sanitario, hanno mostrato quanto fossero fallimentari i modelli di totale ospedalizzazione, favorendo il ripensamento di alcuni approcci assistenziali in una logica di integrazione ospedale territorio, con lo scopo di avvicinare l'assistenza al paziente mobilitando mezzi e risorse in maniera dinamica, in modo da garantire una risposta specialistica anche in ambito domiciliare o di residenza sanitaria. Un forte coordinamento fra medici del territorio e medici specialisti può infatti essere la chiave giusta per gestire la cronicità, monitorare con continuità l'evolversi del quadro clinico del paziente e soprattutto concordare, al bisogno, gli interventi diagnostici e terapeutici necessari ed il setting più appropriato, senza ricondurre la valutazione al solo ambito ospedaliero, dove si può generare un sovraccarico per le strutture che non è funzionale né al paziente né al sistema.

Di questi orientamenti si è fatto carico il **DM 77/22** come cornice normativa nazionale poi declinata a livello toscano nella **DGR 1508/22**. Per il prossimo triennio, la sfida per la Direzione ed i Dipartimenti appena usciti, rinnovati, dall'entrata in vigore nel nuovo Statuto Aziendale, sarà quella di ridefinire l'assetto organizzativo interno, in termini di processi e di percorsi. Questa volta, con uno sguardo aperto alle opportunità offerte da una integrazione con le risorse del territorio, che, in questa fase storica di riposizionamento dei confini secondo una logica di rete, si possono offrire a sinergie estremamente funzionali per costruire un modello di servizio affidabile, sostenibile e, quindi, credibile.

La sfida diventa dunque quella della definizione e formalizzazione di questi modelli di collaborazione fra azienda ospedaliera ed azienda territoriale di riferimento, attraverso un **documento di programmazione unico ed integrato a livello di Area Vasta Centro**, che possa poi ispirare nuovi orientamenti e dare avvio a tavoli di confronto che saranno necessari per ripensare a standard formativi e

di processo omogenei, a modelli agevoli di cooperazione ed a protocolli di servizio che, nel rispetto delle reciproche prerogative, garantiscano integrazione professionale e disciplinare nel confezionamento di una risposta che, se efficace, diventa anche efficiente per il sistema nel suo complesso.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda è di fatto come una “piccola cittadina” nella quale sono ricoverati ogni giorno oltre 900 pazienti, mentre circa 290 pazienti accedono giornalmente al Pronto Soccorso. Si effettuano ogni giorno circa 195 accessi in sala operatoria ed 8 parti. Vengono erogate giornalmente circa 18.500 prestazioni di laboratorio, circa 1.400 prestazioni di diagnostica per immagini ed oltre 2.400 visite.

Nel 2024 l'azienda ha mantenuto il trend di recupero dei ritmi di produzione con un ulteriore incremento anche rispetto al 2023, che l'ha portata a quota +10% dai volumi chirurgici 2019, essenziali ai fini del recupero delle liste di attesa se si considera che rappresentano oltre 2.500 interventi aggiuntivi all'anno. Per il Pronto Soccorso, dopo la forte contrazione del triennio 2020-2022, nel corso del 2023 e del 2024 gli accessi sono progressivamente aumentati pur rimanendo complessivamente inferiori al 2019. Nella tabella sottostante sono riportati i principali dati di attività e di risorse dell'Azienda relativamente all'anno 2024 (dati provvisori in attesa della chiusura flussi informativi e bilancio).

N. RICOVERI ORDINARI: 44.977
N. DAY HOSPITAL: 15.116
N. RICOVERI CHIRURGICI: 35.316
N. RICOVERI MEDICI: 24.777
GG DEGENZA (RO+DH): 339.572
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI: 1,3
ALTA COMPLESSITA' R.O.: 20%
ATTRAZIONE EXTRA REGIONE R.O.: 10%

N. PREST. AMBULATORIALI PER PZ ESTERNI: 4,4 Mil
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER PZ INTERNI: 3,15 Mil
N. PRESTAZIONI DI LABORATORIO: 5,8 Mil
N. PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: 0,45 Mil
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 1,5 Mil
N. VISITE: 0,8 Mil
N. INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE: 20.249

POSTI LETTO TOTALI: 1.216
PERSONALE OSPEDALIERO: 5.357
PERSONALE UNIVERSITARIO: 211
ALTRO PERSONALE: 180
SPECIALIZZANDI: oltre 2.000



N. ACCESSI IN SALA OPERATORIA: 60.944
N. INTERVENTI ROBOTICA: 1.925
N. NEONATI: 3.103
N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO: 107.007

RICAVI PRODUZIONE: 737,6 Mil
COSTI PRODUZIONE: 770,5 Mil

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

VALORE PUBBLICO

Da oltre un decennio si è aperto a livello internazionale un ampio ed articolato dibattito che ha coinvolto istituzioni, mondo della ricerca e organismi della società civile sul tema della misurazione del benessere individuale e sociale. Il nobile intento di queste riflessioni è tutto orientato a poter valutare le scelte politiche pubbliche attraverso la misurazione del loro reale impatto sulla società. In tale scenario ogni pubblica amministrazione assume un ruolo fondamentale rispetto al raggiungimento del **benessere** dei cittadini cui si rivolge essendo incaricata di soddisfare una parte dei loro bisogni.

Questa visione dovrebbe divenire la nuova frontiera di riferimento anche per il ciclo delle performance, da impostare con un forte orientamento trasversale ai risultati tangibili più che alle intenzioni o ai processi messi in atto, nell'intento di riuscire ad avvicinarsi il più possibile alla misurazione del raggiungimento dell'obiettivo di mandato istituzionale di ogni Pubblica Amministrazione, che è la creazione di **Valore Pubblico** a favore dei propri utenti, stakeholder e cittadini. Un ente crea Valore Pubblico quando riesce a gestire secondo economicità le risorse a disposizione e a soddisfare le esigenze sociali degli utenti, degli stakeholder e dei cittadini in generale.

In sintesi, il Valore Pubblico è il miglioramento del livello di benessere sociale di una comunità amministrata, perseguito da un ente capace di svilupparsi economicamente facendo leva sulla riscoperta del suo vero patrimonio, ovvero i valori intangibili quali, ad esempio, la capacità organizzativa, le competenze delle sue risorse umane, la rete di relazioni interne ed esterne, la capacità di leggere il proprio territorio e di dare risposte adeguate, la tensione continua verso l'innovazione, la sostenibilità ambientale delle scelte, l'abbassamento del rischio di erosione del Valore Pubblico a seguito di trasparenza opaca (o burocratizzata) o di fenomeni corruttivi.

Un ente crea Valore Pubblico in senso ampio quando, coinvolgendo e motivando dirigenti e dipendenti, cura la salute delle risorse e migliora le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento dell'**impatto sulla società**.

Rivisitare in tal senso il processo di programmazione, gestione, misurazione e valutazione significa definire un paniere di obiettivi ed indicatori con un minimo comune denominatore legato al miglioramento del Valore Pubblico creato. Il Valore Pubblico potrebbe divenire così il volano metodologico per la finalizzazione delle performance di ogni organizzazione pubblica verso il miglioramento del benessere dei cittadini di oggi e di domani.

Mettere a sistema gli obiettivi istituzionali di mandato consente di evitare che l'inseguimento delle centinaia di performance attese, ad opera dei tanti dipendenti e dirigenti di un ente (performance individuali) per il tramite delle molte unità organizzative di appartenenza (performance organizzative), si trasformi in un insieme disomogeneo di attività scomposte e tra loro scoordinate. Bisogna conferire alle performance una direzione e un senso attraverso il concetto di Valore Pubblico come guida di performance che dovrebbero venire valutate per il loro contributo individuale, organizzativo o istituzionale allo stesso. In tale prospettiva, si agisce programmando obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

Applicare questa impostazione ad una amministrazione pubblica che si occupa di **salute** apre ancora più spazi di connessione con le politiche per la collettività. Il concetto di salute va oltre il benessere psicofisico, secondo la definizione dell'OMS del 1948. In tal senso, è necessario un impegno a considerare la salute in tutte le politiche e una promozione alla sensibilizzazione verso la salute secondo un approccio

culturale orientato alla comunità, all'ambiente e allo sviluppo delle capacità individuali. Sempre più la questione di fondo si riconduce ad affrontare le "diseguaglianze di salute". Oggi il principio di universalità va ampliato: dobbiamo partire da servizi rivolti a tutti indistintamente, ma declinati su ogni persona considerata nella sua individualità e nel suo sistema di relazioni. Il sistema sanitario e sociale regionale si deve rivolgere a tutti per essere di qualità, ma insieme si deve porre l'obiettivo di ridurre la forbice tra le famiglie più avvantaggiate e quelle meno, diminuendo le diseguaglianze di salute. In questa direzione promuovere un welfare etico e partecipato significa considerare i singoli cittadini e le loro aggregazioni sociali, a cominciare dalle famiglie, non solo come potenziali beneficiari dei servizi di welfare, ma come risorse della comunità locale che concorrono alla definizione degli stessi interventi volti a risolvere gli stati di bisogno di cui sono portatori. Si tratta di far scattare un meccanismo connettivo che crei fiducia ma anche responsabilizzazione collettiva rispetto ad un sistema che, in quanto pubblico, è di tutti e da tutti come pazienti o cittadini deve essere sostenuto e tutelato.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi rappresenta uno snodo importante per la sanità Toscana e per l'intera Regione. Si tratta di una struttura di riferimento per i fiorentini, che la percepiscono come intrinsecamente appartenente alla città, della quale costituisce un elemento identitario e culturale importante.

Lo scopo fondamentale dell'Azienda e la giustificazione stessa della sua esistenza consistono nel raggiungimento del più **elevato livello di risposta alla domanda di salute**, definita come **recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale**, in un processo che includa in modo inscindibile la **didattica**, come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione e la **ricerca**, volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche e biomediche.

Il perseguimento di tale scopo comporta la capacità di erogare due diverse tipologie di prestazioni, presidiando da un lato **l'attività di base**, dall'altro **aree di eccellenza** che la possano caratterizzare come importante polo di attrazione. Lo sviluppo delle eccellenze risponde alla vocazione più intrinsecamente innovativa legata alla presenza di importanti aree di ricerca di base e applicata, che trovano un riscontro nella integrazione delle attività con l'Università e nella partecipazione a reti di ricerca nazionali ed internazionali. L'Azienda è sede di quasi tutte le scuole di specializzazione di area sanitaria con attualmente oltre 2000 medici in formazione specialistica. È dunque anche un grande "ospedale di apprendimento", dove poter sperimentare nuovi modelli formativi che rispondano alle esigenze di multiprofessionalità ed interdisciplinarietà attraverso l'introduzione di nuove tecnologie e nuovi metodi di training. In tal senso è anche elemento fondamentale del Sistema Universitario per la formazione di base e specialistica di tutte le professioni sanitarie.

Il sistema sanitario ha affrontato negli ultimi anni molte sfide importanti: i progressi nel campo della clinica e della chirurgia hanno reso possibile la cura o comunque la cronicizzazione di malattie prima mortali e la stessa innovazione in ambito diagnostico e degli screening ha consentito una presa in carico precoce delle problematiche, con una maggiore probabilità di successo delle terapie messe in atto. Questa evoluzione certamente positiva degli esiti, legata ad un calo importante delle nascite quale quello in corso da tempo, ha portato come inevitabile conseguenza un significativo invecchiamento della popolazione. Una maggiore componente di popolazione anziana e di cronicità significa tuttavia necessariamente un notevole incremento dei bisogni in termini di servizi per la salute. Significa uno sforzo sempre maggiore per riuscire a produrre **Valore Pubblico** da risorse sempre più contingentate. È su questo fronte che la strategia da impostare per il futuro non può che giocare alla fine proprio sulla revisione dei modelli organizzativi e dei modelli assistenziali, su un ripensamento dunque delle modalità di risposta a bisogni che altrimenti rischiano di rimanere insoddisfatti. La stessa pandemia, la più grande sfida che i sistemi sanitari di tutto il mondo si siano mai trovati ad affrontare, ci ha insegnato proprio che l'unica possibile risposta efficace a picchi di domanda è quella che muove dall'anticipazione delle dinamiche, dalla condivisione delle risorse, dall'appropriatezza d'uso delle stesse e soprattutto dalla gestione in rete dei percorsi.

Impostare nuove strategie organizzative comporta fare delle scelte; sapere di poter puntare davvero sulla qualità solo perseguendo al massimo l'appropriatezza di utilizzo delle risorse, con un occhio sempre

attento all'equità perché le diseguaglianze di accesso alle prestazioni rappresentano il primo segnale di un sistema pubblico che non riesce a creare valore e dunque livelli di risposta omogenei.

In un'ottica di medio lungo periodo, la strategia dell'azienda orientata a puntare sulla massima creazione di **Valore Pubblico** si focalizza su:

- erogare **prestazioni di alta ed altissima complessità**, ponendosi come riferimento non solo per l'Area Vasta, ma anche per il livello regionale e nazionale, rappresentando un nodo strategico dell'offerta ospedaliera;
- garantire la **continuità dei percorsi** assistenziali e diagnostici, ricercando la massima collaborazione ed **integrazione** con la **medicina generale** e con le **strutture territoriali dell'Area Vasta Centro** operando in un'ottica di percorso;
- garantire la **piena accessibilità alle prestazioni**, sia di ricovero che ambulatoriali, in modo tale da favorire la piena soddisfazione dei pazienti nell'ambito dei diversi percorsi;
- perseguire un **miglioramento continuo degli esiti e della qualità dei servizi offerti** al fine di rispondere al meglio ai bisogni di salute dei pazienti.

L'Azienda, attraverso l'adozione del nuovo **Statuto Aziendale** adottato con **Provv.690/2024**, ha individuato come elementi costitutivi della propria **missione** istituzionale, i seguenti **principi**, al fine di garantire un'appropriata risposta alla crescente domanda di salute e di benessere dei cittadini:

- perseguire l'**innovazione** in sanità anche promuovendo nuove soluzioni organizzative per garantire un'appropriata risposta alla crescente domanda di salute e di benessere dei cittadini secondo i principi della medicina di precisione, personalizzata e di genere;
- sostenere e promuovere la **ricerca** sia di base che applicata;
- sviluppare adeguati **percorsi formativi** di didattica integrata in coerenza con gli obiettivi formativi di AOUC, della Scuola di Scienze della Salute Umana e dei Dipartimenti universitari;
- perseguire nel modo più efficace la tutela della **qualità** della vita, della cura e **dignità** della persona;
- favorire la **trasparenza** delle azioni ed il rispetto della tutela della **riservatezza** dei dati personali dei cittadini;
- dare rilievo e vigore ai processi di **comunicazione** verso i cittadini, ai soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la **condivisione dei valori** bioetici e degli obiettivi aziendali, attivando anche percorsi sperimentali con il mondo dei media;
- **valorizzare** il ruolo di tutti i **professionisti** nel governo clinico dell'Azienda, così favorendo un **clima** di lavoro ottimale;
- promuovere, come momento essenziale della programmazione aziendale, il **confronto** con gli **enti locali**, le **organizzazioni sindacali**, le **associazioni di tutela dei cittadini** e degli utenti, le associazioni del **volontariato**;
- garantire il raggiungimento ed il mantenimento di volumi di prestazioni coerenti con la programmazione nazionale e regionale e con i **Livelli Essenziali di Assistenza**;
- applicare gli **standard** organizzativi e professionali promossi da società scientifiche, norme e leggi in materia di **qualità e sicurezza** delle cure;
- orientare il sistema di governo aziendale al **miglioramento continuo** dei servizi offerti agli utenti, favorendone una fruizione equa ed appropriata nell'ambito dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali.

La **visione strategica** è fondamentale per definire cosa l'Azienda vuole realizzare nei prossimi anni. Permette, inoltre, di **orientare** l'azione del personale, **motivandolo** affinché si senta **coinvolto** e sia dunque disposto ad impegnarsi al massimo per conseguire gli obiettivi stabiliti. È proprio con questa visione strategica che l'Azienda ha avviato un processo di rinnovamento che investe sia le tecnologie che le strutture, in una revisione continua dell'assetto organizzativo orientata a garantire la massima coerenza fra i meccanismi operativi e gli obiettivi che, attraverso questi, si vogliono raggiungere.

La complessità del **contesto** attuale espone a vincoli e **rischi**, ma anche a **stimoli** in grado di offrire, se saputi cogliere con prudenza ma con apertura, nuove traiettorie di sviluppo sia in termini di competenze che di modelli organizzativi. Il crescente sviluppo di tecnologie includenti **algoritmi di intelligenza artificiale (AI)** e le numerose riflessioni che si stanno moltiplicano sul tema, impongono oggi, pur consapevoli della fluidità e dinamicità delle conoscenze in materia, lo sforzo di delineare anche in questo ambito dei **principi guida** che dovrebbero ispirare le scelte dell'azienda in tutti gli ambiti che li coinvolgono, partendo dalla consapevolezza dell'imprevedibilità di una parte dello sviluppo di tali tecnologie e dell'inevitabile opacità di alcune componenti. E' con questo intento, anche nell'ottica di porre le basi per delineare nuove strategie o nuove linee di azione a supporto di quelle già definite, che l'azienda ha costituito dal 2024 uno specifico gruppo di lavoro dedicato a tali approfondimenti.

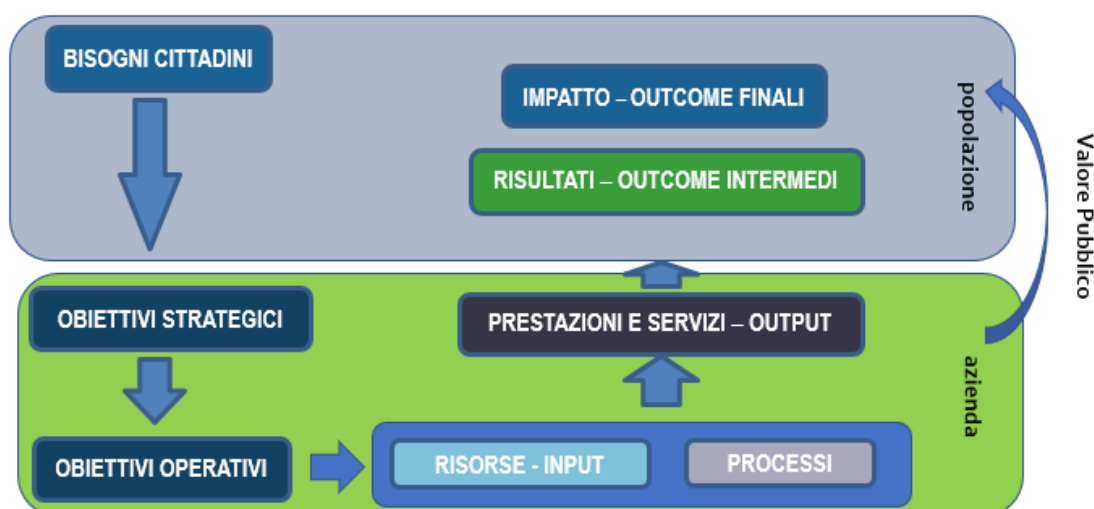
Una volta delineati gli obiettivi di medio-lungo periodo, partendo dai bisogni della collettività e tenendo conto delle linee di indirizzo strategiche nazionali e regionali, vengono definiti gli obiettivi strategici ed operativi che le aziende intendono raggiungere.

È attraverso i diversi processi diagnostici, clinici ed assistenziali che le **risorse impiegate (input)** vengono organizzate per erogare ai pazienti le **prestazioni (output)** sia di ricovero che ambulatoriali. Ed è proprio la quantità e la qualità delle prestazioni erogate che contribuisce a produrre il risultato atteso in termini di salute e benessere della popolazione (**outcome**) come **Valore Pubblico** di riferimento in questo contesto.

Si può dire in effetti che gli **outcome intermedi**, quali esiti dei singoli processi, rappresentano i risultati più tangibili delle attività dell'organizzazione e sono il tramite che dovrebbe portare ad un concreto miglioramento del benessere dei cittadini quale outcome finale cui tutto il sistema deve tendere. Il contributo reale generato a vantaggio di tutta la comunità come **Valore Pubblico** è nel nostro caso un livello di salute e benessere complessivo migliore.

Mentre tuttavia gli outcome intermedi sono abbastanza misurabili in quanto dipendono spesso prevalentemente dalle azioni delle organizzazioni stesse, gli outcome finali talvolta sono di difficile misurazione proprio perché non dipendono soltanto dalle azioni degli enti pubblici ma anche da una serie molteplice di altri fattori.

Al fine di rendere noti ai cittadini ed agli stakeholder gli obiettivi che l'Azienda intende raggiungere, è utile predisporre annualmente il PIAO, per poi redigere finito l'anno, una relazione che esponga i risultati ottenuti in termini di performance, cercando di valorizzare il contributo generato a vantaggio della comunità come **Valore Pubblico**.



Per la realizzazione e la misurazione degli outcome intermedi, ovvero dei risultati di performance, gli obiettivi ed i relativi indicatori sono contenuti nella sezione di questo PIAO dedicata alla Performance. Per

quanto riguarda gli outcome finali, ovvero il contributo generato a vantaggio della comunità e la reale creazione di **Valore Pubblico**, gli ambiti nei quali dobbiamo misurare la capacità dell'Azienda di orientare davvero la risposta ai cittadini in ottica di **miglioramento del benessere economico sociale** sono rappresentati in questo schema di sintesi:



Di seguito abbiamo provato a delineare questi ambiti di azione in termini di **Valore Pubblico** attraverso **obiettivi**, con relativi indicatori e valori attesi.

QUALITA' PERCEPITA

Il fine ultimo di ogni strumento di pianificazione è quello di permettere all'organizzazione di crescere e migliorarsi attraverso l'osservazione e l'analisi delle proprie criticità ma anche dei propri successi. In questo senso, è sempre più importante promuovere e organizzare un **percorso di ascolto reciproco** con i propri utenti, che sia in grado di individuare i bisogni, ma di offrire al tempo stesso un **canale informativo diretto**, utile a far comprendere anche all'esterno regole, limiti ma anche possibilità offerte dal sistema. L'azienda ha istituito in tal senso il **Comitato di Partecipazione aziendale (CdP)**, come organismo di confronto e comunicazione tra l'Azienda e le Associazioni, il cui compito è di contribuire alla tutela del diritto alla salute attraverso la discussione di temi di interesse comune. Attraverso il Comitato di Partecipazione, l'azienda riesce ad alimentare un processo di **"comunicazione generativa"** che non solo è funzionale all'azienda ed agli utenti ai fini dell'accesso ai servizi, ma valorizza al tempo stesso il ruolo delle persone che, attraverso il loro contributo volontario, trasformano il proprio interesse individuale in un atto di **cittadinanza attiva** a favore di tutta la collettività.

L'orientamento al cittadino non può prescindere, comunque, dalla misurazione della sua percezione di singolo utente riguardo alla qualità dei servizi offerti; sia perché la possibilità di comunicare all'Azienda il proprio vissuto è comunque una forma di completamento del percorso, garantendo al cittadino un canale di ascolto e di apertura al suo racconto, sia, soprattutto, perché offre all'Azienda un'importante ritorno utile per valorizzare gli elementi di eccellenza emersi ed al tempo stesso per lavorare meglio su quelli che sono invece più critici in un'ottica di miglioramento continuo.

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
MIGLIORAMENTO QUALITA' PERCEPITA DAI PZ SUI SERVIZI EROGATI DA AOUC	MIGLIORAMENTO VALUTAZIONE PZ SUI SERVIZI EROGATI DALL'AZIENDA	% pazienti che hanno dato valutazione buona-ottima sui servizi erogati/ totale pz che hanno effettuato indagine di soddisfazione	> 70%	1-3 anni	indagini di soddisfazione del pz (Premis)

ACCESSIBILITA' DEI SERVIZI

Il tema dei tempi di attesa è da anni giustamente al centro di tutti i tavoli di programmazione sia a livello nazionale che regionale. I **Piani di Governo delle Liste di Attesa** (PNGLA, PRGLA) definiscono i panieri di prestazioni indice rispetto ai quali valutare la capacità di risposta delle aziende sanitarie.

È chiaro che mentre la definizione dei **LEA** (Livelli Essenziali di Assistenza) chiarisce in linea teorica la declinazione del diritto alla salute sancito dalla Costituzione in termini di fruibilità delle prestazioni, la reale efficacia delle stesse rispetto all'obiettivo "salute" e dunque agli esiti, non può prescindere dai tempi di accesso da parte del cittadino; tempi che devono essere tali da poter garantire la risposta più efficace possibile, date le condizioni di salute di partenza.

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
RIDUZIONE TEMPI ATTESA INTERVENTI CHIRURGICI ONCOLOGICI	ESEGUIRE INTERVENTI CHIRURGICI PER PZ ONCOLOGICI ENTRO 30 GG	% INTERVENTI CHIRURGICI PZ ONCOLOGICI ENTRO 30 GG / TOTALE INTERVENTI CHIRURGICI PZ ONCOLOGICI	> 90%	1-3 anni	SDO (schede dimissione ospedaliera)

Il focus prevalente dell'Azienda dovrebbe essere orientato sull'alta specializzazione o comunque, in ambito ambulatoriale, su una specialistica di secondo livello, ovvero di approfondimento del quadro di salute attraverso **un'offerta esclusiva** destinata alla "**presa in carico**" dei pazienti già inquadrati, che necessitano di essere seguiti dagli specialisti di riferimento con prestazioni di controllo da essi stessi prescritte, avendo già avviato un percorso diagnostico terapeutico all'interno dell'Azienda.

L'offerta di prestazioni ambulatoriali prescritte dai MMG come "**primo accesso**", rappresenta invece "**l'offerta pubblica**", ossia la risposta alle prestazioni con cui i cittadini **avviano** un percorso diagnostico terapeutico all'interno del SSR, e quella su cui si misura l'**accessibilità** in termini di tempi di risposta. Le agende dell'offerta pubblica sono gestite dal Cup Metropolitano attraverso un unico sistema di prenotazione regionale (CUP 2.0) per tutta l'Area Vasta ed in questo ambito l'offerta di Careggi **concorre** alla risposta complessiva della Asl Centro alla popolazione di riferimento.

La corretta misura dell'accessibilità, essendo il percorso garantito in forma integrata, è dunque rilevabile e significativa solo a livello complessivo di **Area Vasta Centro**.

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VAL. ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
RIDUZIONE TEMPI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI (a livello di Area Vasta)	PRENOTAZIONE PRESTAZIONI INDICE ENTRO I TEMPI MASSIMI DEFINITI DAL PRGLA	% PRIME PRESTAZIONI INDICE AREA VASTA CENTRO GARANTITE ENTRO I TEMPI MASSIMI PER LIVELLO PRIORITA' DEFINITI DAL PRGLA	>90%	1-3 anni	flusso SPA, CUP 2.0

CAMPUS ECO SOSTENIBILE

Ormai è chiaro da tempo che un approccio globale alla salute definita come “stato di totale benessere fisico mentale e sociale” (O.M.S.) non può prescindere da un impegno attivo a tutti i livelli istituzionali su quelli che sono i **determinanti**, ossia i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e dunque di una comunità e di una popolazione. Se sul risultato finale incidono fattori genetici ed epidemiologici, ma anche comportamenti individuali, contesto politico, socio-economico culturale ed ambientale, la discussione non è solo teorica e concettuale; le sue conclusioni hanno a che fare con le strategie di prevenzione e le politiche sanitarie di una nazione, di una regione e dunque anche di un’azienda.

È con questo orientamento che anche nell’Azienda si è cominciato a pensare a progettualità che possano incidere sul miglioramento del contesto ambientale con un impatto diretto sulle persone che frequentano il campus ma anche indotto sul contesto territoriale di riferimento. Le iniziative sono finalizzate ad un **consumo più consapevole** dei materiali a più alto impatto ambientale e dell’energia, ma anche a promuovere un’educazione orientata a **stili di vita** più rispettosi del proprio corpo e dell’ambiente.

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
ELIMINAZIONE CONSUMO BOTTIGLIE PLASTICA NEI REPARTI	INTRODUZIONE UTILIZZO BROCCHE NEI REPARTI E CONTESTUALE ELIMINAZIONE FORNITURA BOTTIGLIE IN PLASTICA	Variazione % consumi bottiglie in plastica rispetto al 2020 (anno precedente all’avvio del progetto)	-80%	1-3 anni	Servizi Appaltati

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
RIDUZIONE UTILIZZO BOTTIGLIE PLASTICA NEL CAMPUS	INSTALLAZIONE FONTANELLE PER DISTRIBUZIONE ACQUA NEL CAMPUS SECONDO PROGETTO	Realizzazione fontanelle distribuzione acqua nel campus secondo progetto	Numero fontanelle installate secondo progetto	1-3 anni	Area Tecnica
VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
RIDUZIONE CONSUMO ENERGIA	INTRODUZIONE IMPIANTI DI ILLUMINAZIONE A BASSO CONSUMO ED AUTOMATIZZATI	Riduzione consumi energetici (come assorbimento) negli edifici interessati	-20%	1-3 anni	Area Tecnica

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
INTRODUZIONE REGIMI ALIMENTARI EQUILIBRATI E RICORSO ALL'APPROVIGIONAMENTO A FILIERA CORTA	Impostazione nuovi capitolati ristorazione e mensa dipendenti con maggiore attenzione a regimi alimentari equilibrati e provenienza alimenti da filiera corta e biologica	Revisione capitolati con introduzione nuovi regimi alimentari e provenienza controllata materie prime (bio-filiera corta)	Revisione capitolato ristorazione e mensa	1-3 anni	Servizi Appaltati

ESITI

Se la misurazione degli outcome in termini di miglioramento dello stato di salute della popolazione rappresenta la finalità più alta dei Sistemi Sanitari, è vero anche che è molto difficile sia misurarla, sia, soprattutto, correlarla direttamente all'operato di uno dei soggetti istituzionalmente impegnati nel suo raggiungimento.

È anche per questo motivo che, ormai da diversi anni, le metriche legate alla qualità dell'assistenza erogata si rifanno ad indicatori cosiddetti "proxy" perché finalizzati a fornire una statistica descrittiva di un fenomeno non osservabile direttamente. In questo senso, gli esiti dei processi clinici in termini di mortalità intraospedaliera o a 30 giorni dalla dimissione, oppure in termini di accessi o interventi ripetuti rappresentano un ambito che può essere significativo per la valutazione della qualità dell'assistenza erogata, laddove confrontato con gli standard di riferimento per specifica area clinica a livello nazionale.

Con questo scopo l'ISS collabora da molti anni alla realizzazione del Programma Nazionale Esiti (PNE), sviluppato da AGENAS, per conto del Ministero della Salute. Il PNE è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie a disposizione delle Regioni, delle aziende e dei professionisti per il miglioramento continuo del nostro SSN. Gli indicatori utilizzati da PNE, sono documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura disponibile, con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio.

Molti degli indicatori del PNE sono recepiti a livello aziendale per la valutazione della performance ed utilizzati per misurare la qualità dell'assistenza erogata.

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
MIGLIORAMENTO CONTINUO ESITI	CONTENIMENTO TASSO MORTALITA' INTRAOSPEDALIERO	% DECEDUTI/ TOTALE DIMESSI	< media nazionale	1-3 anni	flusso SDO (schede dimissione ospedaliera)

CLIMA INTERNO

La soddisfazione dei dipendenti e la loro motivazione influenzano la performance complessiva delle organizzazioni. Le indagini mirate ad indagare la percezione del clima da parte dei dipendenti possono essere molto utili al management per definire strategie in grado di creare un clima più "sereno", prima di tutto per il benessere dei lavoratori, ma anche con l'intento di migliorare la performance complessiva della organizzazione.

A partire dal 2017 è attivo un questionario di valutazione del clima interno promosso dal Laboratorio Management e Sanità dell'istituto di Management della Scuola Sant'Anna di Pisa. Oltre

200.000 dipendenti del network delle aziende coinvolte sono invitati a rispondere alle domande. Il questionario ha una prospettiva di natura organizzativa e gestionale e chiede di esprimere un'opinione sulle condizioni di lavoro in cui opera il dipendente, sulla comunicazione e l'informazione all'interno dell'Azienda, sulle opportunità di crescita professionale e la qualità delle relazioni con i colleghi e con i superiori oltre alla capacità di lavorare in squadra, le opportunità formative messe a disposizione dell'Azienda, la conoscenza dei meccanismi di programmazione e controllo dell'Azienda e le modalità di trasmissione delle informazioni.

Alcune risposte relative al management, alla formazione, alla comunicazione costituiscono anche gli indicatori della valutazione interna del sistema di valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie e proprio sulla sintesi della valutazione ottenuta dall'Azienda in questa dimensione è possibile definire una metrica che sia significativa del Valore Pubblico in termini di miglioramento del clima interno realizzato dall'Azienda.

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
CAPACITA' DI CREARE UN BUON CLIMA INTERNO	MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI ORGANIZZATIVE CHE IMPATTANO SUL CLIMA INTERNO (comunicazione, trasparenza, percorsi di carriera, formazione etc..)	% INDICATORI DEL QUESTIONARIO CLIMA ORGANIZZATIVO SU CUI L'AZIENDA HA OTTENUTO RISULTATI POSITIVI (fascia gialla verde e verdone)	>=95%	1-5 anni	Indagine Clima Organizzativo Laboratorio Mes

DIGITALIZZAZIONE

Il piano di informatizzazione dei processi e dei servizi di AOU-Careggi continuerà il consolidamento già avviato negli anni precedenti, articolandosi su quattro filoni principali:

1. Consolidamento e aggiornamento delle soluzioni digitali già esistenti;
2. Adozione di nuove soluzioni informatiche;
3. Potenziamento delle infrastrutture;
4. Sperimentazione di nuove tecnologie.

Oltre a questo, va considerato anche che l'Azienda sta partecipando alle attività di digitalizzazione previste a livello nazionale (vedi Fascicolo Sanitario Elettronico FSE e sua evoluzione verso la piattaforma FSE 2.0 finanziata con il PNRR) e regionale (vedi sistemi di telemedicina e televisita, oltre ad altri processi simili).

1. Aggiornamento parco software aziendale:

Nel triennio 2025-2027 proseguirà l'opera di aggiornamento/sostituzione degli applicativi sanitari, con l'ottica di disporre di sistemi più potenti ed affidabili ma anche con l'attenzione rivolta all'accessibilità ed alla sicurezza informatica.

In particolare, a partire dalla primavera del 2025, saranno adottate le versioni aggiornate dei seguenti applicativi:

- Dedalus FirstAid (area Pronto Soccorso);
- Dedalus O4C (ex OrmaWeb – Percorso Chirurgico);
- Werfen ModuLab (che sostituisce DNLab – LIS/laboratori);

- Engineering Eliot 3.0 (che sostituisce Cetraplus – Trasfusionale);

È inoltre previsto il rifacimento del sito intranet aziendale con l'utilizzo del CMS Wordpress come già avvenuto per il sito web pubblico rinnovato nel corso del 2023. Tali progettualità sono inserite nei piani di miglioramento degli strumenti informatici regionali, sotto la guida del dipartimento ICT di Estar, o nel piano di ripresa e resilienza PNRR con fondi dedicati.

2. Nuovi software applicativi:

È previsto per il 2025 l'avvio a regime dell'applicativo MEDIS specifico per l'analisi delle immagini diagnostiche cardiache.

È già avviato, e sarà a regime entro il 2025, il progetto regionale di Digital Pathology che consentirà, attraverso la digitalizzazione dei “vetrini” istologici, la delocalizzazione delle attività degli istopatologi sul territorio e l'attività di second opinion e consulenza strutturata su casi selezionati che ci saranno inviati dal territorio.

Careggi sta partecipando inoltre anche ad altri progetti dispiegati da Regione Toscana sul territorio, quali televisita e teleassistenza. Sarà inoltre esteso il servizio di teleconsulto riservato agli operatori sanitari degli altri nosocomi toscani.

3. Nuove infrastrutture digitali:

L'infrastruttura di rete interna dell'Azienda è stata recentemente potenziata, aggiornando la connessione Wi-Fi allo standard più recente e migliorando la copertura degli ambienti sanitari ed amministrativi.

Tale progetto ha previsto un importante miglioramento delle prestazioni della rete aziendale grazie all'aggiornamento tecnologico sia di punti di accesso che di apparati di rete, definendo così la base operativa per l'attivazione dei futuri servizi di telemedicina e consulenza.

Continuerà senza interruzione la sostituzione delle postazioni di lavoro obsolete (a partire dai PC desktop equipaggiati con Windows 7 che saranno eliminati o aggiornati entro il 2025), attività in parte finanziata sui fondi specifici del **PNRR**.

Da un punto di vista del sistema informatico nel suo complesso, già da diversi anni i server applicativi di AOUC sono stati trasferiti sull'infrastruttura regionale TIX in modalità “**data center**”, con l'eccezione di alcuni sistemi di elaborazione (principalmente in area laboratori/radiodiagnostiche) che sono tuttora all'interno della sala macchine aziendale.

È stata completata nel 2024 la migrazione degli asset al nuovo **SCT (Sistema Cloud Toscano)** che fa parte dell'infrastruttura nazionale, imperniata sul PSN (Polo Strategico Nazionale) in via di pieno dispiegamento.

Sarà inoltre completata nel 2025 la dotazione per tutti i dirigenti delle credenziali di firma remota che permetteranno la sottoscrizione digitale dei documenti senza necessità di supporti fisici, quali smartcard o chiavetta usb.

4. Nuove tecnologie:

Sono stati avviati a fine 2024 e procederanno nel triennio tre progetti di sperimentazione di nuove tecnologie di elaborazione:

- a. Borsa di studio in ambito bioinformatico finalizzata all'ottimizzazione dei processi di elaborazione secondaria e terziaria di sequenze genetiche (da NGS, Next Generation Sequencing) e OGM (Optical Genome Mapping);
- b. Sperimentazione di una piattaforma di intelligenza artificiale per facilitare l'accesso al patrimonio informativo aziendale (LLM, large language model, simil ChatGPT, di tipo open source);
- c. Sviluppo e test di una piattaforma di sentiment analysis per l'analisi e valutazione dei questionari presentati ai degenti di AOUC, basata su IA. I dati sono stati rilevati nell'ambito dell'indagine sulla qualità percepita (PREMs - Patient Reported Experience Measures – Ricoveri) gestita in continuo dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa su diverse Aziende Ospedaliere italiane, fra cui l'AOU Careggi.

ACCESSIBILITA' PER DISABILI ED OVER 65

Fare un prelievo di sangue, una visita specialistica, un accertamento diagnostico, per chi ha una disabilità può essere molto più complicato che per altri e non a causa delle barriere architettoniche, che pure ci sono, ma per quelle barriere cosiddette "invisibili", legate all'organizzazione dei servizi e alla formazione del personale. Queste barriere invisibili rendono più complicato per i cittadini disabili sottoporsi a visite, esami, terapie tanto da scoraggiarli, allontanarli e determinare in molti casi un peggioramento delle loro condizioni di salute.

Per andare incontro alle esigenze di salute di questi cittadini e garantire una effettiva equità, la Regione Toscana, prima in Italia a realizzarlo, ha messo a punto, in collaborazione con i coordinamenti delle associazioni per la disabilità, il programma **PASS** (Percorsi Assistenziali per i Soggetti con bisogni Speciali), per adeguare l'offerta sanitaria in modo da migliorare i risultati di salute delle persone con disabilità: il senso è quello di garantire una presa in carico e la cura di pazienti con bisogni speciali che hanno una grande complessità.

Per le persone con disabilità motoria, intellettuale e sensoriale, spesso l'assenza di un percorso pensato ad hoc in relazione ai loro bisogni speciali, significa proprio non poter accedere alle strutture sanitarie. Le persone con disabilità rappresentano quindi una quota di popolazione rispetto alla quale il diritto di accesso non è sempre garantito e questo mina fortemente il concetto di **equità** dei nostri Sistemi Sanitari. Per di più, il rischio relativo di questi pazienti sia per stili di vita, sia per la difficoltà di segnalare la comparsa di sintomatologia evocativa in tempo è sempre più alto. Si riesce difficilmente ad intervenire in maniera efficace ed in tempi utili alla risoluzione della problematica e quindi questa diventa una quota di popolazione rispetto alla quale dobbiamo necessariamente strutturare la nostra offerta a misura di paziente.

Il programma PASS vuole assicurare un accesso equo e che sia il meno pesante possibile per il paziente con **bisogni speciali**. Il progetto è nato nel 2017 per facilitare l'accesso dei pazienti con disabilità che dovevano sottoporsi ad esami diagnostici e visite specialistiche, e ad oggi conta **16 presidi Pass** in Toscana fra cui uno è quello di Careggi dove l'attività è nata nel 2018.

Una delle caratteristiche del progetto è anche quella di assicurare ove necessario l'approccio in sedazione quando la disabilità intellettuale è importante e scarse le possibilità di collaborazione.

L'ostacolo principale per la promozione di questa iniziativa è prevalentemente culturale perché si tratta di poter contare su una sensibilità e competenza trasversale alle varie discipline che purtroppo non si apprende nel percorso formativo tradizionale. La Facoltà di Medicina non ha un programma di

insegnamento in questo senso e quindi occorre promuovere incontri anche con i giovani studenti che possano informare sulle varie tipologie di disabilità e sul corretto approccio per poterle guidare e gestire. Regione Toscana ha progettato una formazione che è attiva dal 2018 per il personale sanitario tutto, che comprende una formazione di Base rivolta a tutte le specialistiche e ai professionisti afferenti alle Professioni sanitarie, e una formazione specifica di Emergenza/Urgenza rivolta al personale che opera nel Pronto Soccorso e al 118. Molti gli specialisti e i professionisti di AOUC formati tra cui professionisti giovani come specializzandi nelle varie discipline.

Questo è un passaggio fondamentale per uno sviluppo che sia più integrato possibile all'interno delle strutture sanitarie. Dobbiamo pensare al PASS come ad un sistema trasversale ed il nostro obiettivo è far sì che tutto l'Ospedale diventi PASS ovvero che consenta esami con l'approccio PASS in tutte le discipline. A Dicembre 2024 la nostra Azienda ha inaugurato anche un **Ambulatorio PASS** dedicato all'accoglienza e all'erogazione di prestazioni sanitarie per pazienti con bisogni speciali. L'ambulatorio frutto del co-finanziamento tra AOUC Regione Toscana e Associazione Vorrei Prendere il Treno, è uno spazio dedicato alle persone con disabilità che rappresenta per loro l'opportunità di ricevere cure adeguate in ambiente confortevole e predisposto a soddisfare le loro particolari esigenze. Allocated al piano terra del padiglione del CTO, l'ambulatorio vanta di un ampio parcheggio riservato all'ingresso con spazi decentralizzati, garantisce l'accessibilità completa, con ambienti accoglienti e arredi color pastello, piante sospese e possibilità di ascoltare musica e guardare video.

All'interno è possibile eseguire prestazioni multidisciplinari con possibilità di sedazione per pazienti non collaboranti.

Ad oggi i percorsi strutturati per l'accesso di persone con bisogni speciali riguardano circa **830 prestazioni erogate** in Azienda, grazie anche alla rete delle associazioni (che hanno sede anche presso il NIC1) che collaborano per indirizzare gli utenti e supportarli nella registrazione sulla Piattaforma PASS di RT.

A volte bisogni speciali delle persone possono essere conseguenti o comunque amplificati dall'insorgenza di patologie acute o croniche, piuttosto che aggravati con l'aumentare dell'età. Questo anche perché in persone con bisogni speciali altrimenti il rischio è che il successo della prestazione sanitaria in sé non comporti necessariamente i risultati sperati in termini di salute se non accompagnato da un percorso specifico di accompagnamento.

PERFORMANCE

Il **Piano della Performance** è il documento programmatico attraverso il quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli obiettivi, gli indicatori ed i risultati attesi per il triennio 2025-2027. Dal 2022 viene adottato nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, così come previsto dalle ultime disposizioni.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/2009 "Attuazione Legge 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni". Secondo quanto previsto dall'art. 10, "al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno il Piano della Performance, documento programmatico triennale ... che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori".

Il Piano della Performance si pone lo scopo di:

- portare a conoscenza dei cittadini e degli stakeholder gli **obiettivi** che l'Azienda intende realizzare rendendo noti i risultati attesi;
- porre in essere percorsi di **miglioramento continuo** della performance;
- valorizzare il **processo di budget** ed il **sistema di valutazione del personale** migliorando la consapevolezza rispetto agli obiettivi dell'Azienda;
- **supportare i processi decisionali** in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti ed indiretti (**creazione del Valore Pubblico**).

Adottare un **sistema di governance orientato alla creazione di Valore Pubblico** dovrebbe portare a valutare le aziende sanitarie secondo un **modello multidimensionale**, dove il raggiungimento di una buona performance nelle diverse dimensioni è in grado di dimostrare un'appropriata capacità di risposta alla crescente complessità della domanda di salute ed al benessere dei cittadini.

La multidimensionalità degli ambiti di valutazione è rappresentata nello schema seguente:



Il ciclo della performance con il dettaglio dei soggetti che entrano in gioco nel percorso e delle tempistiche di avanzamento delle varie fasi nel corso dell'anno, è descritto nel documento "Il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance" (adottato nella versione aggiornata con Provv.D.G. 77/2024), pubblicato nella sezione Amministrazione trasparente al cui link si rimanda per ulteriori approfondimenti:

<https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/amministrazione-trasparente/performance/sistema-di-misurazione-e-valutazione-della-performance/>

L'Azienda è ormai da molti anni impegnata nella razionalizzazione degli assetti organizzativi e produttivi al fine di ottimizzare in tutti gli ambiti possibili l'**appropriatezza**, ovvero la maggiore efficienza ottenuta salvaguardando efficacia e qualità complessiva dei servizi erogati. A fronte di risorse sempre più limitate, la capacità di rispondere adeguatamente ad una domanda sanitaria in continua crescita per la tendenziale diminuzione della mortalità e per l'aumento della cronicità e dell'intensità delle cure, richiede un alto assorbimento di risorse ed il necessario adeguamento delle tecnologie elettro-bio-medicali ed impone dunque la ricerca continua dell'efficienza gestionale come ottimizzazione dei risultati prodotti a partire da risorse date. Allo sforzo programmatico già necessario nell'ultimo decennio per migliorare i servizi e tutelare la salute della popolazione toscana in un periodo di grande **incertezza economica e politica**, si è aggiunta in questi ultimi anni l'**emergenza coronavirus** che ha impattato fortemente

sull'Azienda rendendo ancora più necessarie riorganizzazioni continue ed un fabbisogno importante di risorse aggiuntive.

Anche la fisionomia dell'ospedale peraltro sta cambiando notevolmente nei nuovi scenari che si vanno a delineare: nei decenni passati questo era considerato come il luogo di riferimento per qualsiasi problema di salute, nonostante un livello di assistenza spesso più intensivo, e quindi costoso, di quello necessario a rispondere al bisogno di salute espresso. Ormai è chiaro invece che il futuro della sostenibilità di tutto il Sistema Sanitario si gioca proprio sul potenziamento dell'assistenza territoriale, che permetterà all'ospedale di diventare piuttosto **luogo di riferimento per i soli bisogni sanitari caratterizzati da acuzie e gravità**. A tal fine, già nell'ultimo decennio, sono state promosse politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera basate su una semplificazione dei percorsi improntata all'appropriatezza di setting e questo ha portato ad una progressiva riduzione delle attività di ricovero ordinario con un parallelo incremento dell'attività di day hospital, day surgery e specialistica ambulatoriale.

La progressiva **trasformazione dei setting assistenziali**, resa possibile indubbiamente anche grazie ai progressi legati all'innovazione delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche, si è affiancata negli anni ad una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse. Un indicatore che rappresenta in genere una buona metrica per misurare l'**efficienza** dell'assistenza ospedaliera è la **degenza media** ed il suo trend in riduzione nell'ultimo ventennio è un'altra conferma dell'adozione di approcci orientati a ridurre l'ospedalizzazione inappropriata.

Obiettivi definiti in termini di **efficacia** sono invece quelli che vanno ad analizzare i risultati clinici ottenuti. Sono utili a tal fine tutti gli **indicatori di esito e di processo**, primi fra tutti i tassi di mortalità. Per la misurazione della **qualità** si fa invece riferimento in genere ad una molteplicità di fattori: la tempestività nell'erogazione della prestazione, l'adeguata adozione delle tecnologie strumentali così come delle procedure diagnostiche, la corretta esecuzione delle prestazioni sia sulla base delle evidenze scientifiche che attraverso la condivisione delle scelte terapeutiche tra professionisti, così come la prevenzione e la massima limitazione delle complicanze e delle riammissioni.

Al fine di orientare i Sistemi Sanitari al raggiungimento dell'appropriatezza, dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità clinica e di processo nonché del miglioramento degli esiti, sono stati strutturati per le aziende sanitarie una molteplicità di indicatori sia dal Laboratorio MES della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa con il **Bersaglio MES** che dall'AGENAS con gli indicatori del **Piano Nazionale Esiti (PNE)**, indicatori ai quali l'azienda fa riferimento da sempre.

Nel 2019 è uscito il **Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa**, al quale sono seguiti i Piani Regionali finalizzati a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari, intesi sia come prestazioni ambulatoriali che come ricoveri. La garanzia dell'**equità di accesso alle prestazioni** passa infatti dall'individuazione degli strumenti e delle modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei medici di medicina generale e dei pediatri, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'individuazione e la gestione programmata dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA). Il **Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa** esplicita e recepisce le indicazioni del Piano Nazionale e definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera.

Con il **Decreto Tariffe sui Livelli Essenziali di Assistenza**, pubblicato in G.U. il **26/11/2024** si è assicurata su tutto il territorio nazionale la piena erogazione dei **nuovi LEA (DPCM 2017)**, superando le disomogeneità assistenziali tra i cittadini che potranno adesso usufruire in ogni area del paese delle stesse prestazioni per la specialistica ambulatoriale e per la protesica e di prestazioni altamente innovative come la radioterapia stereotassica, adroterapia e radioterapia con braccio robotico. È attesa, di conseguenza, la pubblicazione del nuovo Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa, che andrà a recepire il nuovo nomenclatore ed a declinare i nuovi obiettivi di accesso alle prestazioni. Una volta noto il

nuovo quadro nazionale e regionale, provvederemo ad allineare la programmazione anche a livello aziendale e di struttura organizzativa.

A dicembre 2021 è stata adottata una delibera della Regione Toscana, D.R.T. 20196/2021 **“Elenco delle procedure da erogare in chirurgia ambulatoriale ed elenco procedure da erogare in regime di RO, DH ed ambulatoriale nelle relative percentuali di ammissibilità”** che mira ad incrementare gli interventi di chirurgia ambulatoriale, definendo per le diverse discipline, un elenco di procedure da erogare in solo regime ambulatoriale ed un elenco di procedure da erogare con diverse soglie in parte in regime ambulatoriale ed in parte in regime di ricovero.

Vi è infine da rispettare il **Nuovo Sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (NSG)**, sistema di monitoraggio e valutazione dell'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni, che rappresenta lo strumento per misurare se tutti i cittadini ricevono le cure e le prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Il NSG prevede per le Aziende Ospedaliere 7 indicatori “core” sui quali le aziende sono valutate, più molti altri indicatori “non core”. Molti degli indicatori del NSG, sono tuttavia già valutati dagli altri sistemi di valutazione in ambito sanitario (MES e PNE).

Sulla base delle linee di indirizzo nazionali e regionali nonché delle scelte e necessità aziendali, l'Azienda ogni anno struttura una serie di nuovi obiettivi ed indicatori volti a misurare e migliorare alcuni specifici aspetti: nel 2019 è stato introdotto l'obiettivo strategico **dell'efficienza delle sale operatorie** definendo una serie di indicatori di dettaglio utili alla misurazione del fenomeno e l'obiettivo sul **miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali**. Nel 2020 sono stati strutturati indicatori utili a migliorare i **tempi di attesa degli interventi chirurgici di classe A**. Per il 2021 è stato introdotto l'obiettivo dello **sviluppo della telemedicina**. Per il 2022 sono stati aggiunti alcuni nuovi obiettivi legati allo sviluppo di una maggiore **integrazione ospedale territorio** ed all'incremento degli **interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale**; inoltre sono stati introdotti i primi obiettivi sulla **qualità dei servizi** percepita dai pazienti ricoverati. Per il 2023 sono stati aggiunti obiettivi sulla **corretta programmazione delle sale**. Nel 2024 sono stati concordati nuovi obiettivi relativi all'**integrazione ospedale territorio**, altri per migliorare l'**efficienza assistenziale** e per realizzare una **riduzione della spesa per dispositivi medici**.

Per il 2025 sono stati cambiati gli indicatori **sull'efficienza di sala operatoria**, sostituendo quelli specifici utilizzati gli anni precedenti con uno sintetico di occupazione delle sale. Si sono mantenuti gli obiettivi legati all'integrazione ospedale territorio, primo fra tutti lo **sviluppo del teleconsulto**, sia con i MMG che con gli specialisti ASL, puntando anche all'avvio della teleriabilitazione e del telemonitoraggio. Nell'ambito del **controllo delle infezioni**, sono stati introdotti nuovi indicatori per la corretta igiene delle mani e per l'appropriatezza prescrittiva degli antibiotici.

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: OBIETTIVI DI BUDGET 2025

Di seguito sono riportati i principali **obiettivi per l'anno 2025**, negoziati dalla Direzione con tutte le strutture dell'azienda e contenuti nelle schede budget. Rispetto a tutti gli obiettivi sottoelencati, per analizzare come questi sono stati tradotti in **obiettivi operativi, indicatori, valori attesi per l'anno 2025** si rimanda all'**Allegato A, “obiettivi di budget 2025”**.

QUALITA' CLINICA E DI PROCESSO

L'impostazione annuale a livello aziendale delle schede di budget parte dal recepimento degli obiettivi presenti nei sistemi di valutazione esterni, con particolare riferimento a quelli contenuti nel sistema di valutazione della performance del Laboratorio MES e dal sistema di valutazione nazionale della

TREEMAP dell'Agenas. Buona parte degli indicatori del MES e del PNE diventano pertanto obiettivi di budget per ciascuna struttura aziendale direttamente coinvolta.

Relativamente alla qualità clinica e/o di processo, è stata da sempre posta attenzione in diverse aree, all'interno delle quali sono stati individuati degli indicatori che misurano alcuni aspetti considerati maggiormente rilevanti che si ritengono comunque rappresentativi della qualità clinica e di processo dell'area stessa. Tali indicatori subiscono variazioni negli anni, per il 2025 i principali sono i seguenti: nell'area **materno infantile** gli indicatori che mirano a rendere il percorso meno medicalizzato: la % di parti cesarei, la % di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo e la % di episiotomie. Nell'area **ortopedica** la % di fratture femore operate entro 48 ore nonché due indicatori sulle riammissioni entro 30 giorni per intervento di protesi di anca e ginocchio. Nell'area della **chirurgia generale** la % di colecistectomie laparoscopiche in DS e con degenza post operatoria minore di 3 gg, la % di interventi di resezione entro 120 gg dopo interventi conservativi per tumore maligno mammella, la % di interventi programmati al colon in laparoscopia e la % di reinterventi entro 30 gg per pz con tumore al colon e retto. Nell'area **cardiologica** la % di interventi di riparazione di valvola mitrale. Nell'area del **pronto soccorso** la % di dimessi al domicilio entro 8 ore, la % di accessi ripetuti entro 72 ore e la % di abbandoni.

Nell'Allegato A, sono riportati tutti gli indicatori di qualità clinica e processo presenti nelle schede budget e sui quali siamo valutati annualmente dal MES tramite in Bersaglio e/o tramite la Treemap dell'Agenas.

ESITO DELLE CURE

Ai nostri giorni si rileva sempre più la diffusione di malattie cronico degenerative, in primo luogo tumori e malattie cardiovascolari, ma allo stesso tempo, il diffuso benessere ed il miglioramento delle cure negli ultimi decenni, hanno permesso di raggiungere un'aspettativa di vita sempre più lunga. Nell'ambito della valutazione multidimensionale della performance, negli ultimi anni sono stati definiti sempre più indicatori di outcome con il fine di monitorare il miglioramento del livello di salute della popolazione. Questo, infatti, è influenzato da una serie di fattori non solo biologici, ambientali e comportamentali ma anche legati al servizio sanitario. Tra gli indicatori diretti alla misurazione dello stato di salute di una popolazione quello della **mortalità** è senza dubbio quello più diffuso anche se non esente da limiti in quanto esistono malattie che pur essendo molto diffuse presentano tassi di mortalità molto bassi.

Nel 2016, peraltro, la legge di Stabilità aveva introdotto un'importante novità: all'art. 30 "Piani di rientro e riqualificazione degli enti del SSN", si affermava che le aziende sanitarie sarebbero entrate in piano di rientro non solo se non avessero rispettato l'equilibrio economico ma anche i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. A specificazione di ciò, nell'Allegato del Patto di Stabilità veniva definito un set di **indicatori di esito**, raggruppati in diverse aree cliniche con relative fasce di valutazione.

Gli indicatori di esito relativi ai tassi di mortalità sono presenti nel **Programma Nazionale Esiti (PNE)** sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute e riguardano diverse aree: materno infantile, cardiologica, chirurgia oncologica, sistema nervoso, respiratorio, osteomuscolare. In ciascuna di queste aree sono individuati i tassi di mortalità ottimali per alcune tipologie di interventi chirurgici, che sono considerati maggiormente rilevanti e strategici (es. mortalità per infarto miocardico acuto, per intervento chirurgico per tumore polmone, per ictus ischemico, per BPCO, etc.).

Nell'Allegato A, sono riportati tutti gli indicatori di esito presenti nelle schede budget e sui quali siamo valutati annualmente dall'Agenas tramite la Treemap.

RISPETTO DEI 30GG DI ATTESA PER INTERVENTI CHIRURGICI CLASSE A

Il **Piano Nazionale e Regionale del Governo delle Liste di Attesa** nasce con l'obiettivo prioritario di avvicinare la sanità pubblica ai cittadini, stabilendo degli elementi di garanzia e tutela per l'equità di accesso alle prestazioni, sia ambulatoriali che in regime di ricovero.

Per quanto concerne le prestazioni in regime di ricovero, viene stabilito l'obbligo di prevedere l'uso sistematico delle classi di priorità e di garantire che **gli interventi chirurgici di classe A**, ovvero gli oncologici, nonché i casi clinici programmati che possono aggravarsi rapidamente, vengano effettuati **entro 30 giorni**. Le tipologie di intervento per le quali devono essere rispettate tali tempistiche sono numerose: innanzitutto le casistiche oncologiche (tumore prostata, mammella, colon, retto, utero, polmone) ma anche altre tipologie di interventi non oncologici quali ad esempio bypass aortocoronarico, angioplastica coronarica, protesi anca ed altre casistiche riportate nel dettaglio nell'Allegato A.

Dal momento che l'azienda ritiene fondamentale garantire a tutti i cittadini che gli interventi chirurgici di classe A siano effettuati entro e non oltre i 30 giorni, per il 2025, sono state aumentate le casistiche per le quali rispettare tali tempistiche, allargandole anche ai tumori dell'esofago, fegato, vescica, cranio, stomaco, laringe, pancreas.

MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA DI SALA OPERATORIA

Il valore economico della risorsa "sala operatoria" è uno dei più onerosi per l'Azienda; da qui ha origine l'importanza strategica di una sua gestione corretta, al fine di rendere ottimale da una parte l'iter di cura del paziente, dall'altra l'utilizzo corretto e consapevole dei comparti operatori, garantendo costi adeguati alla qualità del servizio erogato.

Nel corso degli anni, a partire dal 2019, sono stati introdotti fra gli obiettivi di budget delle strutture chirurgiche, anestesilogiche e del personale del comparto impegnato nelle attività di sala operatoria, specifici obiettivi orientati ad ottenere il rispetto di un **orario di ingresso** del primo paziente prossimo alle ore 7,30, un **orario di prima incisione** definito in modo differenziato per ciascuna struttura chirurgica, ed un **orario di ultima sutura** che non sia prima delle ore 18 per non lasciare inutilizzate le sale e che non sia oltre le 19,30 per garantire di non sfiorare rispetto ai tempi di programmazione pomeridiana, dei **tempi di cambio** "ottimali", differenziati per comparto operatorio sulla base della tipologia di intervento e della complessità dei pazienti trattati. Sono stati dopo qualche anno aggiunti anche degli obiettivi sulla corretta programmazione delle sale.

Per l'anno 2025, dal momento che dopo diversi anni dalla prima introduzione degli indicatori sull'efficienza di sala sopradescritti, non si sono avuti i miglioramenti attesi, è stato deciso di abbandonare gli indicatori specifici sulla prima incisione, tempo di cambio ed ultima sutura e di valutare le strutture con un indicatore sintetico, quello di **occupazione della sala (tempi chirurgici)**, chiedendo pertanto di incrementare i tempi chirurgici sul totale delle ore di disponibilità delle sale, **al fine di incrementare il numero degli interventi chirurgici programmati** e tenendo al tempo stesso sotto controllo gli sforamenti. Si richiede pertanto a tutti i professionisti di migliorare l'efficienza di sala, lasciando tuttavia a ciascuna equipe chirurgica la possibilità agire come meglio ritiene per raggiungere l'obiettivo finale che è a comune tra direzione generale, chirurghi, anestesisti ed infermieri: quello di incrementare il numero degli interventi chirurgici programmati.

INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Gli anni di pandemia hanno reso ancor più evidente che il SSR ha bisogno di sviluppare sempre più modelli di integrazione tra ospedale e territorio per la gestione congiunta dei percorsi e per l'ottimizzazione dell'apporto di ogni soggetto secondo la funzione dettata dalle proprie prerogative istituzionali.

A tal fine sono stati introdotti a partire dal 2022 alcuni obiettivi orientati a sviluppare innanzitutto una maggiore comunicazione mettendo in contatto i professionisti ospedalieri con i medici di medicina generale. Si tratta infatti di **segnalare ai MMG l'accesso dei loro pazienti**, se ricoverati, al momento dell'ammissione in reparto, se in ambulatorio, al momento della visita. A Careggi, la cartella clinica informatizzata in uso (Archimed per la gestione del ricovero/Archiamb per gli accessi ambulatoriali) consente già infatti la diretta comunicazione tra i professionisti dell'Azienda e quelli del territorio che, in questo modo, possono scambiarsi informazioni molto utili per garantire la migliore cura e la migliore gestione del percorso del paziente.

Nell'anno 2024 l'integrazione tra ospedale e territorio è divenuta uno dei principali obiettivi strategici ed è stato chiesto a tutti i professionisti, sia quelli che seguono i pazienti ricoverati che quelli che seguono i pazienti ambulatoriali, di sviluppare **il teleconsulto** con i medici di medicina generale.

Per il 2025 è stato chiesto un ulteriore **sviluppo del teleconsulto**, già partito con i MMG, da avviare anche con gli specialisti dell'ASL. Al fine di sviluppare i percorsi di area vasta è stato inoltre richiesta la strutturazione di **PDTA di area vasta**, cercando, pertanto, anche in questo caso, di sviluppare sinergie e collaborazione tra l'azienda e le strutture del territorio.

SVILUPPO TELEMEDICINA

Obiettivo introdotto nel 2021, riconfermato ed ampliato anche negli anni successivi, è quello di sviluppare le prestazioni di telemedicina, più nello specifico per il primo triennio le **televisite di controllo**, in modo tale che rappresentino un elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale. Negli anni di diffusione della pandemia, un rinnovamento organizzativo e culturale teso alla diffusione, laddove possibile, della telemedicina, ha permesso sia di garantire la massima continuità assistenziale del paziente, sia di ridurre al minimo il rischio di diffusione del virus ad utenti, operatori e familiari.

Tale modalità di contatto fra paziente e professionista può essere utile anche al cessare della pandemia e rappresenta sicuramente, per alcuni ambiti e per alcune tipologie di pazienti, un nuovo canale che, se ben strutturato, può portare anche molti vantaggi all'utenza. È stato pertanto richiesto alle diverse strutture dell'Azienda di garantire una progressiva estensione e applicazione dell'utilizzo delle televisite di controllo in tutti gli ambiti assistenziali in cui la telemedicina possa contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza e la continuità della presa in carico.

Per l'anno 2024 e 2025 è stato previsto anche lo sviluppo del **teleconsulto** tra i medici dell'ospedale ed i MMG o i medici specialisti dell'ASL. Si sta cercando inoltre di creare i presupposti anche per poter avviare la **teleriabilitazione ed il telemonitoraggio**.

EFFICIENZA ASSISTENZIALE

Al fine di misurare l'efficienza assistenziale si è soliti utilizzare l'indicatore della **degenza media**. La riduzione della degenza media si è resa ancor più necessaria in seguito alla pandemia legata al covid che l'ha vista aumentare in modo significativo ed è rimasta tale anche conclusa la fase emergenziale. È diventato quindi prioritario cercare di abbassare la degenza media riavvicinandola ai valori pre-pandemia.

Dal momento che la risorsa “posto letto” è una delle principali risorse dell’ospedale e che nell’ultimo decennio si è sempre cercato di renderla il più efficiente possibile, facendo ruotare il maggior numero di pazienti, si è cercato negli anni di introdurre anche ulteriori obiettivi che potessero aiutare a ridurre la degenza media: talvolta, infatti, alcuni pazienti allungano la loro degenza solo perché in attesa di ricevere prestazioni erogate da strutture interne.

Nel corso degli anni sono stati pertanto introdotti obiettivi sul **miglioramento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche** d'emergenza (per TC, ECO, RX) e sul miglioramento del percorso di accesso alle prestazioni diagnostiche (per TC, RM) per i pazienti ricoverati, nonché sul miglioramento del tempo di risposta delle prestazioni di diagnostica per immagini non d'emergenza sia per i pazienti ricoverati, sia per i pazienti del Pronto Soccorso, al fine di riuscire a contenere ulteriormente la degenza media ospedaliera ed i tempi di permanenza dei pazienti al Pronto Soccorso. Infine, oltre a migliorare i tempi di risposta per i pazienti ricoverati e/o del PS, sono stati aggiunti nuovi obiettivi per migliorare i tempi di risposta delle prestazioni di diagnostica per immagini per i pazienti esterni, da refertare e firmare entro 4 gg, per arrivare all’obiettivo negli anni successivi di consegna dei referti entro massimo 3 giorni.

Sempre al fine di contenere al massimo le giornate di degenza dei pazienti ricoverati, un altro obiettivo che è richiesto a tutti professionisti che erogano **consulenze** per i pazienti ricoverati in reparti di degenza differenti dal proprio, è quello di erogarle in tempi brevi, ovvero entro le ore 24 del giorno stesso della richiesta.

Negli ultimi anni si sono inoltre accentuate le difficoltà del Pronto Soccorso nel gestire il flusso di pazienti che arrivano ogni giorno: quasi 300 pazienti, infatti, si recano giornalmente al Pronto Soccorso dell’azienda, ed una parte di questi ha necessità di ricovero. Per tale motivo vi è la necessità che i reparti che accolgono tali pazienti riescano a dare ogni giorno un numero definito e costante di posti letto ed è divenuto perciò obiettivo strategico per tali strutture il rispetto giornaliero del piano **dei posti letto** da dedicare ai **pazienti provenienti dal pronto soccorso**. Per migliorare l’efficienza organizzativa del Pronto Soccorso, il Bersaglio MES individua, inoltre degli indicatori specifici: permanenza massima al pronto soccorso dei pazienti poi ricoverati o dimessi al domicilio, tasso di abbandono, tempi massimi di visita dei pazienti differenziati per codice di priorità.

INCREMENTO DELLA CHIRURGIA AMBULATORIALE

A dicembre 2021 è stato emanato un Decreto della Regione Toscana (D.RT. 20196/2021) “**Elenco delle procedure da erogare in chirurgia ambulatoriale ed elenco procedure da erogare in regime di RO, DH ed ambulatoriale** nelle relative percentuali di ammissibilità”, che mira ad incrementare gli interventi di chirurgia ambulatoriale, stabilendo, per le diverse discipline, un elenco di procedure da erogare in solo regime ambulatoriale ed un elenco di procedure da erogare con diverse soglie in parte in regime ambulatoriale ed in parte in regime di ricovero.

L’obiettivo di incrementare la chirurgia ambulatoriale, perseguito ormai da diversi anni, ha portato nel tempo ad uno spostamento del trattamento della casistica non complessa dal regime di ricovero a quello ambulatoriale. Alcune tipologie di intervento elencate nella delibera regionale sono già effettuate infatti in regime ambulatoriale, altre solo in parte e per questo dovranno attivarsi dal punto di vista organizzativo per renderne possibile la realizzazione. Tali obiettivi mirano **all’appropriatezza del setting assistenziale** con uno spostamento di alcune casistiche di pazienti dal regime di ricovero a quello ambulatoriale. Questo orientamento dovrebbe portare ad una ulteriore riduzione della degenza media favorendo anche altri obiettivi quali la riduzione dei tempi di attesa ed insieme al contenimento dei tempi di erogazione delle prestazioni non d’urgenza per i pazienti ricoverati, dovrebbe portare complessivamente ad un utilizzo più efficiente dei posti letto.

Anche tra gli indicatori “core” del **Nuovo Sistema di Garanzia** vi è quello di **ridurre i DRG ad alto rischio di inappropriatezza**, obiettivo realizzabile spostando alcune casistiche dal regime ordinario al DH, oppure dal regime di Day Hospital al regime ambulatoriale. Si trattano quindi gli stessi pazienti nel

regime più appropriato dedicando la risorsa del posto letto in regime ordinario ai pazienti per i quali è davvero necessario.

DIGITALIZZAZIONE

Strumento clinico per eccellenza, la cartella sanitaria consente allo specialista di consultare, aggiornare e condividere tutte le informazioni cliniche del paziente. Fino a qualche anno fa era gestito in maniera cartacea mentre negli ultimi anni è stato informatizzato per tutte le strutture aziendali: la digitalizzazione delle cartelle cliniche e dei registri operatori nonché dei diversi tipi di referti (ambulatoriali, di pronto soccorso, di laboratorio e diagnostica per immagini) è stata una delle principali conquiste di ogni azienda sanitaria, resa possibile dall'innovazione tecnologica in ambito sanitario.

Avendo informatizzato sia le cartelle cliniche che i referti, al fine di realizzare la completa archiviazione della documentazione sanitaria, è stato richiesto a tutti i professionisti di provvedere alla sottoscrizione attraverso firma digitale in modo tale da eliminare del tutto la documentazione cartacea, anche nella fase di archiviazione.

APPROPRIATEZZA DEL CONSUMO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Sul versante dei **farmaci**, l'attenzione dell'Azienda è principalmente focalizzata sul governo delle nuove terapie ad alto costo ormai disponibili in varie aree terapeutiche ed a mantenere le azioni volte a promuovere l'uso dei farmaci equivalenti e dei biosimilari aggiudicatari di gara regionale. Sarà fondamentale continuare ad alimentare in modo rigoroso e corretto i registri AIFA sia perché il rispetto dei criteri di arruolamento dei pazienti nelle specifiche piattaforme web garantisce l'appropriatezza della scelta terapeutica, sia perché la corretta rendicontazione sui registri AIFA è indispensabile per il recupero economico di tutti i farmaci negoziati con meccanismi di rimborso condizionati all'esito clinico.

L'Azienda è sempre più coinvolta con la somministrazione di Medicinali per Terapie Avanzate (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP) che richiedono la massima attenzione sia in termini clinici che gestionali per la corretta tracciabilità ai fini del rimborso e del monitoraggio previsto. Anche il 2025 sarà un anno molto impegnativo per la governance di questi farmaci perché sarà resa disponibile la nuova terapia genica per il trattamento dell'emofilia di tipo B. Inoltre, verranno commercializzate due ulteriori nuove CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T cell therapies), mentre altre già disponibili riceveranno estensioni delle indicazioni terapeutiche che determineranno un incremento di utilizzo presso il reparto di Ematologia dell'AOUC (il centro con il maggior numero di pazienti trattati con CAR-T della Regione Toscana dal 2020 ad oggi). Nel primo trimestre del 2025 è atteso il definitivo via libera di AIFA all'utilizzo, presso il reparto Medicina Nucleare di Careggi del primo radiofarmaco contenente lutezio (^{177}Lu) vipivotide tetraxetan che verrà utilizzato per trattare adulti con carcinoma prostatico progressivo metastatico e resistente alla castrazione che sono già stati trattati con altri farmaci antitumorali. Anche la gestione di questo farmaco rappresenterà una nuova sfida sia organizzativa che di sostenibilità economica.

I **dispositivi medici** (DM) rappresentano fattori produttivi complessi, dalle cui caratteristiche e modalità di impiego nei processi sanitari dipende la qualità delle prestazioni di assistenza erogata ai pazienti. I DM sono anche una rilevante voce di spesa e sono caratterizzati da una forte eterogeneità comprendendo, da un lato, dispositivi che presentano un alto tasso d'innovazione tecnologica (high-tech) e rapida obsolescenza e, dall'altro, dispositivi con basso tasso di innovazione (low-tech) e alti volumi di consumo. Risulta quindi fondamentale gestire la continua immissione in commercio di nuovi prodotti, governare il successivo uso clinico e predisporre una logistica efficiente. Come negli anni precedenti, anche nel 2025 gli obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa in questo ambito riguarderanno innanzitutto il rispetto delle percentuali di aggiudicazione di DM sia delle gare in accordo quadro che di

quelle con quote stabilite per aggiudicatario. Particolare attenzione continuerà ad essere rivolta alle azioni finalizzate al contenimento del ricorso sporadico a DM non aggiudicati in gare regionali. In collaborazione con la componente clinica ed infermieristica, nel 2025 si prevede di mantenere le azioni che nel 2024 hanno determinato sia importanti risparmi economici dovuti alla riduzione delle scorte di sala e di reparto (minore allocazione di risorse e riduzione degli scaduti), sia un miglioramento della tracciabilità dei DM e dei pazienti ai quali sono stati impiantati. Nel 2025 saranno definiti ulteriori contratti per l'attivazione di conti deposito informatizzati di dispositivi medici impiantabili attivi ad alto costo (stent coronarici, protesi sternale e altri dm per la correzione di petto escavato, dm impiantabili ad alto costo per interventistica radiologica). La farmacia inoltre supporterà la componente clinica ed infermieristica nella revisione di procedure in ambito operatorio (standard work) per conseguire una progressiva standardizzazione dei fabbisogni di dispositivi medici per ciascuna tipologia di intervento.

La **farmacovigilanza e la dispositivovigilanza** sono un insieme di attività che contribuiscono alla tutela della salute pubblica essendo finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali e dei dispositivi medici. La Regione Toscana ha stabilito per gli ospedali un obiettivo minimo di 100 segnalazioni per 100.000 giornate di degenza; pertanto, anche per il 2025, sono stati assegnati obiettivi specifici di budget per le strutture cliniche, parametrati sulla tipologia e volume di attività assistenziale.

CONTROLLO DELLE INFEZIONI LEGATE ALL'ASSISTENZA

Al fine di migliorare la prevenzione ed il controllo delle infezioni legate all'assistenza, per il 2024 è stato introdotto come nuovo obiettivo quello della **corretta igiene delle mani** a tutte le strutture di degenza, misurato sia in modo osservazionale sia con il consumo del gel alcolico.

Nel 2025, al fine di sviluppare ulteriormente la prevenzione e controllo delle infezioni, è stato deciso di agire in due ambiti: **l'igiene delle mani**, una delle misure più importanti per ridurre la trasmissione di germi patogeni, e il **corretto utilizzo degli antibiotici**, aspetto strettamente correlato allo sviluppo di microrganismi resistenti agli antibiotici stessi.

In particolare, l'obiettivo relativo all'igiene delle mani ha lo scopo di valutare l'adesione a tale pratica da parte degli operatori sanitari attraverso il monitoraggio di un indicatore che prende in considerazione il consumo di gel idroalcolico per sanificare le mani nei reparti di degenza oltre all'osservazione diretta del comportamento degli operatori durante le attività assistenziali. L'obiettivo relativo alla prescrizione degli antibiotici si traduce invece in indicatori che hanno lo scopo di stimolare gli operatori a valutare i consumi della propria struttura e realizzare eventuali azioni di miglioramento per aumentare l'appropriatezza prescrittiva anche a seguito dei corsi di formazione aziendali realizzati in tale ambito.

QUALITA' DEI SERVIZI

Dopo aver inserito come obiettivi di budget, in modo graduale negli anni, obiettivi sui costi, sull'efficienza, sull'appropriatezza e sugli esiti, dal 2022 l'azienda ha iniziato a lavorare anche sull'ambito relativo alla valutazione della qualità dei servizi, in quanto essenziale per fornire all'Azienda un ritorno rispetto alla propria capacità di offrire risposte adeguate ai bisogni. Come punto di partenza è stato ritenuto opportuno partire dalla **qualità percepita dei pazienti**.

È stato pertanto richiesto ai professionisti sanitari di promuovere con i pazienti ricoverati la massima adesione all' **indagine PREMs (Patient-Reported Experience Measures)**. Si tratta di un

sondaggio elaborato a cura del Laboratorio MES già da diversi anni, che con il tempo è migliorato in molti aspetti, primo fra tutti il fatto che si tratta di un'indagine non più campionaria ma sistematica (quindi estesa a tutti i pazienti) e permanente: consente quindi a ciascun professionista, accedendo alla piattaforma, di verificare in ogni momento quanto riportato dai pazienti. Questa impostazione permette di acquisire così consapevolezza delle eventuali criticità ma anche delle eccellenze di cui possa essere stata raccolta preziosa testimonianza diretta, da condividere con gli operatori coinvolti per lavorare anche sulla motivazione e sul senso di appartenenza, fondamentali motori della qualità.

L'indagine PREMs mira, pertanto, alla rilevazione sistematica dell'esperienza di ricovero ordinario riportato dai pazienti nella sanità toscana. La partecipazione e la disponibilità a raccontare la propria esperienza durante il ricovero ospedaliero, potrà dare un contributo al processo di miglioramento continuo all'interno di ciascuna azienda. Fondamentale, tuttavia, è il ruolo dei professionisti sanitari che devono non solo informare i pazienti ma promuovere questa iniziativa coinvolgendoli nella condivisione del suo scopo ultimo, in modo da garantire che il flusso di dati disponibili sia alimentato in modo completo e costante. La somministrazione dei questionari è totalmente digitale ed i risultati dell'indagine sono riportati tempo reale in una piattaforma web dedicata, accessibile dai professionisti. Dall'anno 2022 è stato richiesto alle strutture di degenza ordinaria un tasso di adesione all'indagine PREMs di almeno il 70%, mentre dall'anno successivo le strutture sono valutate anche sui risultati di tale indagine; l'analisi dei risultati è utile da una parte, per evidenziare ambiti positivi dai quali prendere spunto, dall'altra per individuare gli ambiti nei quali può essere necessario attivare qualche azione correttiva.

Così come attraverso l'indagine PREMs i pazienti valutano la qualità dei servizi offerti dalle strutture di degenza, allo stesso modo la Direzione ha pensato, a partire dal 2023, di **valutare le strutture tecnico-amministrative per i servizi da loro offerti** sia alla Direzione, che a tutti i dipendenti dell'azienda. Per misurare la qualità dei servizi offerti dalle strutture di supporto (strutture dello staff, dell'area tecnica, dell'area amministrativa, della direzione sanitaria), è stato strutturato un questionario specifico al quale devono rispondere tutti i professionisti che lavorano nell'azienda e la stessa Direzione Aziendale. Dall'analisi di questi risultati ogni anno emergono per ciascuna struttura eventuali criticità, che si richiede a ciascun direttore di analizzare con i propri collaboratori per individuare azioni correttive, ma anche eccellenze e punti di forza che possono essere di esempio per altre strutture ed allo stesso tempo di gratificazione e motivazione per il personale coinvolto.

RICERCA

Il tema della misurazione e della valutazione dell'attività di ricerca dei professionisti è stato più volte negli anni al centro di riflessioni sull'impostazione dei sistemi di rilevazione della performance di una struttura ospedaliero universitaria come la nostra. Fatti salvi i sistemi di valutazione della ricerca utilizzati nel mondo universitario, nel nostro ambito è necessario definire un sistema equilibrato di indicatori che sia in grado di valorizzare tutti gli apporti, sia dei docenti in afferenza assistenziale che dei dirigenti medici e sanitari dell'azienda. La definizione esatta delle metriche necessarie a costruire un **sistema di indicatori solido, affidabile e condiviso** è infatti materia complessa, proprio perché anche l'ambito della ricerca spazia dalla partecipazione ai bandi per ottenere finanziamenti, alla promozione o conduzione di studi clinici fino alla redazione di pubblicazioni per diffondere le conoscenze acquisite in ambito scientifico.

Con l'ottica di accogliere questa esigenza di cui la Direzione Aziendale condivide lo scopo ultimo, senza tuttavia avventurarsi nella costruzione di indicatori poco rappresentativi o significativi, o peggio distorti rispetto al reale contributo alla ricerca, dal 2022 è stato deciso di impostare l'obiettivo strategico proprio sulla costituzione di un tavolo di lavoro specifico che lavori sull'analisi della tematica per arrivare a strutturare un paniere di indicatori coerenti con il modello organizzativo aziendale e con il reale apporto delle strutture alla ricerca. La richiesta nei confronti dei professionisti è stata dunque quella di partecipazione attiva ai lavori di questo tavolo per arrivare alla condivisione e validazione di un modello da poter utilizzare per tutte le strutture. Nel 2024 l'azienda ha avuto per la prima volta la disponibilità del database a partire dal quale è stata condotta una prima mappatura dei ricercatori ed una prima

simulazione delle analisi possibili. Nel 2025 si prevede di arrivare ad un primo pacchetto di indicatori condivisi sui quali avviare misurazione e confronto.

Al fine di analizzare nel dettaglio come gli obiettivi strategici richiamati in questa sezione sono stati tradotti in **obiettivi operativi, indicatori e valori attesi per l'anno 2025** si rimanda **all'Allegato A-Obiettivi di Budget 2025**.

PERFORMANCE INDIVIDUALE: OBIETTIVI 2025

Gli obiettivi individuali sono sviluppati e assegnati nel rispetto delle disposizioni normative contrattuali vigenti e in coerenza con il documento “Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance” dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi. Per il personale operante nei vari contesti aziendali, tenuto conto della necessità di gestire un'ampia platea con un processo non ancora informatizzato e di utilizzare fonti dati aziendali facilmente accessibili, gli obiettivi individuali vengono definiti, al momento, a livello centrale secondo criteri di trasversalità e omogeneità. L'Azienda ritiene anche per quest'anno di investire sulla partecipazione a eventi formativi, anche tenuto conto del rilievo e dell'impegno richiesto a livello nazionale e regionale su corsi correlati al PNRR (con indicazioni anche regionali di prevedere l'assegnazione di obiettivi di performance individuale in tale ambito). Inoltre, in continuità con quanto fatto nel 2023 e 2024 si ritiene utile proseguire con il percorso di valutazione interna delle strutture di supporto. Si prosegue pertanto con la valutazione dell'apporto qualitativo e relazionale dato dalle stesse a tutte le altre funzioni aziendali, considerando a tal fine quanto percepito dai singoli operatori e rilevato attraverso specifico **sondaggio/questionario**. Anche quest'anno, di conseguenza, viene definito come obiettivo di performance organizzativa per tutte le strutture di supporto, **la qualità del contributo dato dalla propria funzione in termini di efficacia, efficienza e qualità relazionale**, misurato come sintesi degli esiti rilevati dal sondaggio. **Obiettivo della performance individuale 2025** per tutti gli operatori è invece la compilazione del questionario predisposto per la valutazione di tutte le strutture centrali in una finestra di rilevazione prevista a dicembre, utilizzata ai fini della valutazione finale delle strutture interessate (considerato che, come monitoraggio intermedio, potrà essere utilizzata la valutazione del 2024 che sarà resa disponibile alle strutture presumibilmente nel mese di marzo 2025).

Nel 2025 si procederà, a partire dalla valutazione della performance 2024, a gestire tutto il processo del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance individuale in modalità informatizzata.

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) comprende anche il piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (**PTPCT**). L'art. 6 del Decreto Legge n. 80/2021, il cosiddetto “**decreto reclutamento**”, operativo dal primo luglio 2022, aveva il fine di poter disporre di un unico documento di programmazione che riunisse tutti i singoli piani che dovevano preparare le pubbliche amministrazioni (p.a.). Il PIAO riunisce pertanto anche gli obiettivi della **semplificazione** e della promozione del miglioramento complessivo delle risorse messe a disposizione di ogni p.a.

Peraltro, con avviso pubblicato sul sito internet dell'azienda il 24 dicembre 2024, è stata avviata la **consultazione pubblica** volta a recepire da parte della cittadinanza eventuali suggerimenti per l'aggiornamento di questa sezione del PIAO, ma non sono pervenuti suggerimenti.

È ormai noto che il concetto di **corruzione** ha un'accezione molto ampia e ricomprende tutte le situazioni, nell'ambito dell'attività amministrativa, dove viene riscontrato, anche a livello potenziale, un abuso da parte di chi abbia un potere conferito e se ne serva allo scopo di ottenere vantaggi privati, oppure un cattivo funzionamento della stessa azione amministrativa (**maladministration**).

In virtù di quanto fin qui indicato, l'AOU Careggi si è impegnata per ottenere scelte gestionali ispirate dal valore delle competenze professionali, dall'attitudine all'adempimento dei compiti assegnati e dalla condivisione della mission aziendale.

Inoltre, ha adottato un programma di raggiungimento di obiettivi dedicati a prevenire fenomeni corruttivi e, nel corso del 2024, l'azienda ha raggiunto le mete che erano state prefissate per l'attuazione dei principi di legalità e trasparenza con il fulcro della dimensione etica, pilastro dei valori aziendali.

Processo e modalità di predisposizione della sezione del Piao

Questa sezione del Piao costituisce l'atto di indirizzo per l'applicazione in azienda della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza: è stata redatta secondo le indicazioni contenute nella delibera ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023 che ha approvato l'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

Il 2024 ha visto una progressiva implementazione e un successivo assestamento dovuto al **nuovo Codice degli Appalti**, entrato in vigore nel luglio 2023 (**d. lgs. 36/2023**) e delle delibere ANAC n. 261, n. 264 e n. 528 del 2023. Di conseguenza, è stata dedicata una grande attenzione al **nuovo regime di pubblicazione** dei dati su **amministrazione trasparente** con particolare riferimento a quelli non presenti sulla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (**BDNCP**). Pertanto, il settore dei contratti pubblici è rimasto punto focale per l'anticorruzione e la trasparenza dal momento che è il settore in cui le attività sono maggiormente esposte a rischi corruttivi.

I soggetti coinvolti nel sistema aziendale di prevenzione della corruzione

I soggetti coinvolti nel sistema aziendale di prevenzione della corruzione sono:

1. **l'Organo di Indirizzo**, che definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico gestionale;
2. **il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Promozione della Trasparenza e integrità (RPCT)**, che ha il compito di proporre alla Direzione Aziendale un piano per il contenimento del rischio corruttivo, verificarne l'attuazione, curare la formazione del personale in materia, verificare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte delle strutture interessate;
3. **il gruppo strategico**, composto dai responsabili delle macroaree di attività aziendali e coordinato dal **Direttore Amministrativo**, che coadiuva il RPCT per l'analisi della proposta che precede la sua presentazione alla Direzione Aziendale;

4. i **Direttori/Responsabili di Struttura** e i **referenti** individuati da essi per i diversi settori di attività, che costituiscono la **rete** che supporta il RPCT nelle attività di mappatura dei processi a rilevante rischio di corruzione, di programmazione, attuazione e monitoraggio delle misure correttive e nell'assolvimento degli obblighi di trasparenza (**allegato B-1 “Rete Referenti Anticorruzione e Trasparenza”**). In particolare, i Direttori/Responsabili di Struttura sono tenuti, nelle articolazioni organizzative di competenza, a promuovere la formazione e la diffusione della cultura organizzativa basata sull'integrità, a rispondere dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate, tenendo conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione delle stesse;

5. tutti i **dipendenti** dell'azienda, il personale universitario in afferenza e i collaboratori che a qualsiasi titolo partecipano attivamente alla gestione del rischio e sono tenuti ad attuare le misure di prevenzione programmate e segnalare eventuali casi di illecito e di conflitto di interessi;

6. **L'Organismo Indipendente di Valutazione**, le strutture di audit e del sistema interno dei controlli, che devono offrire, per le rispettive competenze, supporto metodologico, dati e informazioni utili all'analisi del contesto, inclusa la rilevazione dei processi, alla valutazione e al trattamento dei rischi, favorendo l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;

7. gli **uffici interni che dispongono di dati utili e rilevanti** ai fini della corretta attuazione del processo di gestione del rischio hanno l'obbligo di fornirli tempestivamente al RPCT.

L'ambito regionale in cui l'azienda opera ha reso opportuno un **coordinamento** tra gli enti dell'ordinamento regionale per favorire lo sviluppo di **sistemi condivisi di gestione del rischio**: il coordinamento dei responsabili anticorruzione della regione toscana per il settore sanitario, istituito con **DGRT n. 1069 del 02/11/2016**, si confronta per la condivisione dei metodi di mappatura e gestione dei rischi di corruzione, il coordinamento delle misure trasversali obbligatorie imposte dalla legge e delle azioni formative in materia di prevenzione della corruzione e la gestione integrata del sistema trasparenza del Servizio Sanitario Toscano.

Il recepimento delle indicazioni regionali sulla gestione del conflitto di interessi nelle aziende sanitarie (Prov. D.G. n. 681/2023) e delle indicazioni per l'attuazione della rotazione degli incarichi (Prov. D.G. n. 21/2024), consentono l'omogeneità di trattamento con tutte le altre aziende sanitarie regionali e, al contempo, forniscono una base solida su cui poter agire operativamente.

Analisi del contesto esterno

Negli ultimi anni, alcuni fattori hanno contribuito a far sì che il rischio corruttivo abbia avuto una tendenza alla **crescita**, non solo a causa della pandemia, ma soprattutto alle criticità che ne sono state la diretta conseguenza; le risorse rese disponibili grazie al **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)** sono state una grande opportunità ma, al contempo, hanno destato e continuano a destare interesse da parte della criminalità. Infatti, la mole delle procedure in uso può fornire l'occasione per una diminuzione del controllo e, d'altro canto, anche la necessità di velocizzare la spesa e semplificare la progettazione e l'affidamento dei lavori, con la riforma del codice dei contratti, potrebbe essere la causa di una minor attenzione su eventuali condotte illecite.

In riferimento all'ultimo **Rapporto IRPET del 2023 “Illegalità e criminalità organizzata nell'economia della toscana”**, la nostra regione appare tra quelle più appetibili dalle mafie, soprattutto

per quanto riguarda il reinvestimento di denaro di provenienza illecita a causa della peculiare ricchezza del territorio e per il tessuto socioeconomico. Nonostante le mafie non siano radicalizzate, la Toscana resta una regione privilegiata per il riciclaggio e per i reati di tipo economico finanziario.

Infine, è opportuno ricordare l'importanza fondamentale della relazione dell'azienda con tutti i suoi **stakeholder**. L'integrazione, la valorizzazione degli obiettivi aziendali e la loro condivisione dovrà essere una chiave di lettura legata all'ottica futura aziendale ed imprescindibile dal progresso dei rapporti con la cittadinanza, con le associazioni di tutela e volontariato, oltre ai soggetti titolari di potere sociale, affinché emerga il loro contributo allo scopo di poter assicurare la legittimità, l'imparzialità e la trasparenza dell'azione amministrativa e far divenire l'umanizzazione delle cure un pilastro sempre più fondamentale.

Analisi del contesto interno

A seguito delle modifiche intervenute negli ultimi anni, l'azienda ha rivisto molti processi interni per adattarsi alle nuove esigenze dettate da un contesto esterno dominato dall'emergenza e da un contesto interno in rapida evoluzione.

Le modifiche al Codice degli Appalti, al Codice di Comportamento, le novità in materia di **whistleblowing** sono stati i cambiamenti più significativi. In breve, continuerà a essere necessaria la ridefinizione degli obiettivi indicati, ovvero:

- **riduzione delle opportunità** di creazione di eventi corruttivi, anche solo a livello potenziale e di rischio;
- aumento della **capacità di scoprire** casi di corruzione;
- creazione un **contesto** sempre più **sfavorevole** alla corruzione;
- aggiornamento sulla **prevenzione e controllo del conflitto di interessi** in seguito all'aggiornamento delle nuove Linee Guida predisposte da ANAC.

Mappatura dei processi – il catalogo dei processi

La mappatura dei processi è una delle tre fasi fondamentali del sistema di gestione del rischio corruttivo. Il processo è un insieme di attività interrelate che creano valore, trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato a un soggetto interno, oppure esterno, all'amministrazione (utente).

Nel corso del 2024, a seguito della conclusione della catalogazione di macro-attività/processi e sotto processi aziendali inseriti in relazione alle aree di rischio generali e specifiche, (**Allegato B2 “catalogo dei processi”**) è divenuta più agevole l'individuazione delle aree più esposte al rischio di eventi corruttivi ai sensi dell'art. 1, comma 16, della **Legge n. 190/2012**. Il “catalogo dei processi aziendali” è rimasto l'imprescindibile base di partenza punto delle future mappature.

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

La valutazione del rischio è la fase in cui il rischio è identificato, analizzato e confrontato con altri rischi per individuarne l'esatta natura. La metodologia di individuazione dei rischi è basata su criteri di valutazione prevalentemente “qualitativi”, come prescritto dall'ANAC, e include un'analisi dettagliata di

ciascuna fase di svolgimento di un processo, l'individuazione dei rischi specifici per fase, una valutazione del livello (basso, medio, rilevante, alto) di presenza di rischi per ciascuna fase e l'individuazione di eventuali interventi correttivi. Il **“catalogo dei rischi corruttivi”** (**Allegato B3 “Catalogo dei rischi corruttivi”**) permette di individuare le tre famiglie di rischi:

- **illegalità;**
- **rischi contabili-patrimoniali;**
- **rischi operativi.**

All'interno dei gruppi sopra citati vengono individuati eventi rischiosi, manifestazioni concrete, situazioni di rischio più specifiche, eventi di rischio trasversali a tutte le fasi del processo, effetti finali di un potenziale comportamento illecito. L'analisi del rischio corruttivo richiede che i processi siano mappati prendendo in considerazione gli elementi in ingresso, il risultato atteso, le fasi di sviluppo, per individuarne i fattori abilitanti interni ed esterni, quindi le misure di prevenzione/contenimento.

Pertanto, è stata messa a punto la metodologia di analisi del rischio corruzione (**Allegato B4 “Metodologia di analisi del rischio corruzione”**), funzionale a identificare e valutare i rischi corruttivi potenziali e concreti, definire la sussistenza di fattori abilitanti interni ed esterni, progettare misure organizzative fattibili per il trattamento del rischio con particolare riferimento alle misure già esistenti e alla digitalizzazione, definire tempi compatibili di attuazione e di monitoraggio.

Tale metodologia è già stata applicata per il processo mappato nel corso del 2024.

Il trattamento del rischio - obiettivi strategici generali e specifici

Nel 2024 sono stati ulteriormente fissati gli obiettivi acquisiti nell'anno precedente, destinati a dare le basi per l'attività di anticorruzione per il prossimo triennio:

- formazione e **sensibilizzazione** efficace dei dipendenti;
- implementazione delle **buone pratiche**, diffusione dell'etica pubblica e dell'**integrità** all'interno dell'organizzazione aziendale, anche mediante l'ottimizzazione di scambi di rete tra la Regione, le aziende sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Toscana e i gruppi di confronto nazionali;
- presidio sui **rapporti pubblico-privato** per assicurare la preminenza dell'interesse pubblico sul privato nelle collaborazioni;
- implementazione e garanzia della trasparenza nella integrazione tra **azienda e università**;
- aggiornamento dei **processi organizzativi aziendali**;
- identificazione e valutazione di eventuali **settori più vulnerabili** ai rischi corruttivi;
- intervento prioritario nelle situazioni in cui emergano **comportamenti corruttivi** o di mala amministrazione, anche a seguito di indagini dell'autorità giudiziaria;
- rafforzamento della **rete anticorruzione** indispensabile per il supporto al RPCT. Quest'ultimo punto necessita della più grande attenzione da parte dell'azienda per supervisionare

l'eventuale nascita e/o incremento di spazi esposti a potenziali rischi corruttivi e di maladministration.

Il trattamento del rischio - misure organizzative generali e specifiche e obiettivi operativi.

Di seguito viene presentata una sintesi di quanto realizzato in relazione agli obiettivi fissati:

- revisione e aggiornamento su amministrazione trasparente sulla base di quanto segue: nuovo codice degli appalti, nuove indicazioni anac per la pubblicazione dei dati dei contratti pubblici;
- aggiornamento per la tracciabilità dei flussi finanziari applicati agli incarichi legali;
- aggiornamento linee guida pnrr su prevenzione e controllo del conflitto di interessi;
- predisposizione articolo per clausola anticorruzione e trasparenza nei contratti.

Formazione

La formazione per l'anno 2024 è stata erogata al personale in modalità FAD con il nuovo corso sul **codice di comportamento**.

Il lavoro con il gruppo regionali degli RPCT e dei loro collaboratori ha predisposto i nuovi corsi FAD sulla piattaforma FORMAS:

- **“antiriciclaggio”** già disponibile su FORMAS;
- **“aggiornamento corso anticorruzione e trasparenza”** dedicato sia ai dipendenti sia ai neoassunti;
- in fase di preparazione e proposta il corso **“formazione RPCT aziendali e strutture di supporto”**, sia in presenza che in modalità fFAD, destinato a RPCT, collaboratori e referenti.

Obiettivi prossimo triennio 2025-2027

Per il prossimo triennio, l'azienda propone i seguenti obiettivi generali, specifici e operativi:

- adeguamento ai **nuovi** schemi previsti per l'assolvimento degli **obblighi di pubblicazione** (art. 48 del decreto legislativo n. 33/2013) come da delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024;
- aggiornamento **“catalogo dei processi aziendale”**;
- **mappatura dei processi** secondo l'ordine di priorità indicato nel catalogo;
- proseguimento **attività formativa** attualmente erogata.

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'azienda ha vissuto nel 2024 la fase conclusiva di un periodo di confronto e di concertazione con l'Università degli Studi di Firenze, con i professionisti e con le OO.SS. aziendali, che ha consentito di affrontare il percorso di revisione dello Statuto Aziendale adottato nel 2014, definendo un nuovo assetto organizzativo, adottato con Prov. n. 690 del 18/10/2024.

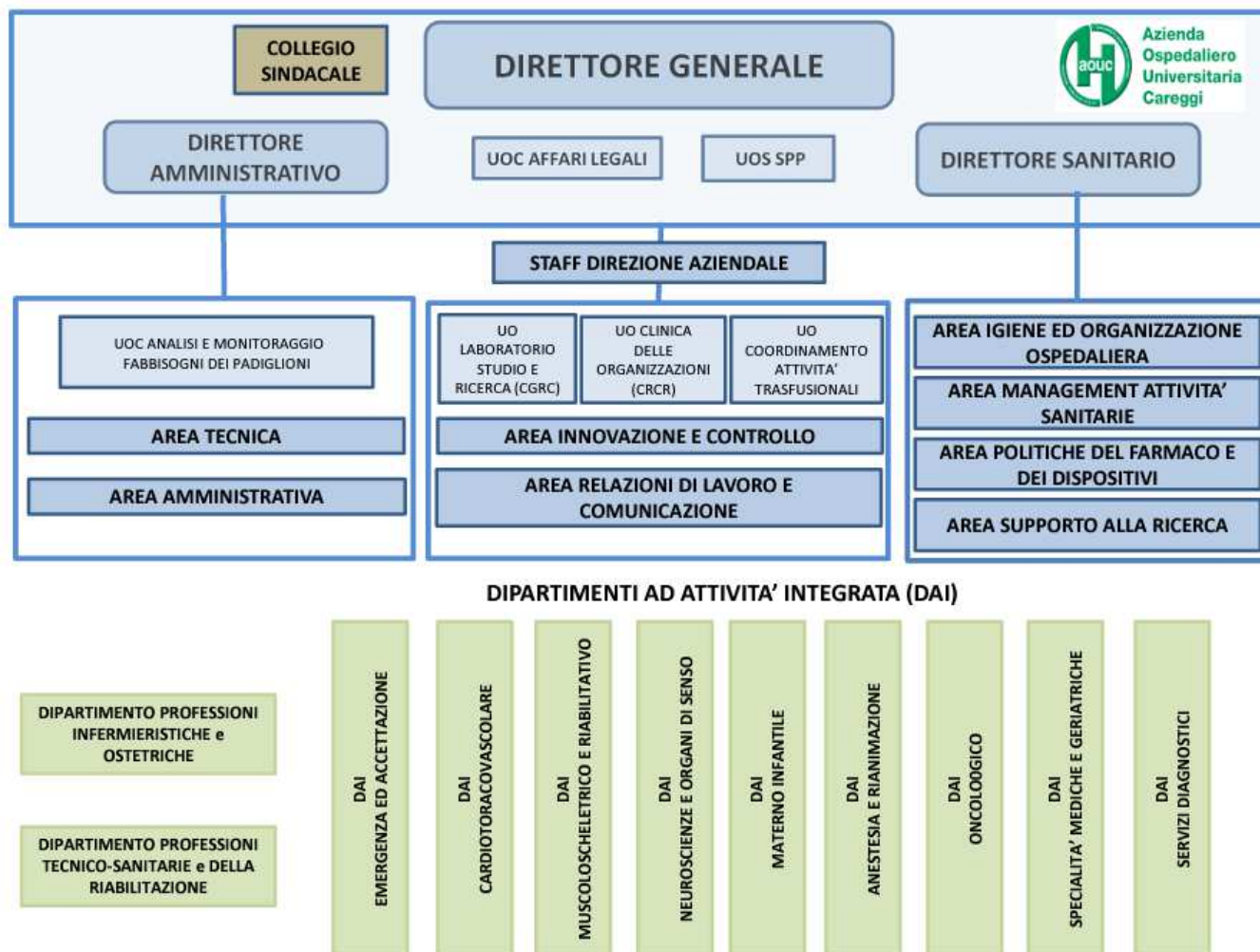
Con gli Statuti precedenti, del 2004 e del 2014, erano stati declinati i principi posti alla base della visione di Careggi e della sua missione, aderendo al modello di ospedale organizzato per intensità di cura. Tale modello, confermato dallo Statuto appena entrato in vigore, prevede una separazione tra il governo clinico del paziente, affidato al personale medico assegnato alle strutture (SOD) dei diversi Dipartimenti e la gestione delle altre risorse. Il personale del comparto, i posti letto e le attrezzature sono infatti assegnati alle Aree di attività (AA) caratterizzate da diversi setting assistenziali e dunque differenziate sulla base della diversa intensità di cura in: comparti operatori, aree di terapia intensiva e sub-intensiva, area di degenza ordinaria, DH, ambulatori.

L'organizzazione poggia oggi le sue fondamenta su 9 Dipartimenti ad Attività integrata (DAI): Cardiotoracovascolare, DEA, Materno infantile, Neuroscienze e Organi di Senso, Muscoloscheletrico e Riabilitativo, Specialistiche mediche e geriatriche, Oncologico, Anestesia e Rianimazione e Dei Servizi diagnostici con le 2 ADO di Laboratorio e Diagnostica per immagini. Le funzioni centrali di supporto sono assicurate dall'Area funzionale Amministrativa e dall'Area Tecnica, afferenti al Direttore Amministrativo, dalle Aree Igiene ed organizzazione ospedaliera, Politiche del farmaco e dei dispositivi, Management delle attività sanitarie e Supporto alla Ricerca di nuova istituzione, tutte afferenti al Direttore Sanitario. La Direzione garantisce le funzioni strategiche di innovazione, sviluppo controllo e monitoraggio attraverso la tecnostuttura dello Staff della Direzione Aziendale, sottoarticolata nell'Area Relazioni di Lavoro e Comunicazione e nell'Area Innovazione e Controllo.

Sono presenti, inoltre, il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed ostetriche ed il Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie e della Riabilitazione, deputati alla gestione organizzativa delle risorse umane, infrastrutturali e logistiche ed articolati in piattaforme afferenti ai relativi setting assistenziali di riferimento (aree ad alta intensità assistenziale, degenze, ambulatori, diagnostiche di laboratorio e radiologiche, blocchi operatori, servizi di riabilitazione e servizi integrati di padiglione).

I livelli gerarchici del Piano dei centri di costo sono 3: Dipartimenti ad attività integrata (DAI), Aree dipartimentali omogenee (ADO) e singole strutture. Le Strutture Organizzative Dipartimentali (SOD) afferiscono ai DAI Sanitari mentre le Unità Operative (UO) afferiscono alle strutture centrali di supporto.

L'Azienda è strutturata in 9 DAI Sanitari articolati in 21 ADO e 113 SOD, 7 Piattaforme produttive organizzate in oltre 200 Aree di attività e 47 UO assegnate ad 8 Aree.



PARITA' DI GENERE

Con Prov. n. 341 del 09/06/2023 è stato adottato il primo Bilancio di Genere dell'Azienda. Questo strumento rappresenta una tappa importante nel percorso di sensibilizzazione orientato ad ispirare politiche aziendali che siano in grado di intercettare ogni forma di disuguaglianza e soprattutto di agire concretamente per rimuoverne le cause e promuovere ogni forma di contrasto alle discriminazioni. Il documento, cui si rimanda per la lettura completa delle analisi proposte (<https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/atti-general/documenti-di-programmazione-strategico-gestionale/politiche-di-gener>), mostra sotto varie angolazioni la composizione per genere età ed inquadramento professionale delle persone che lavorano nell'azienda, offrendo spunti di riflessione interessanti per prendere coscienza delle diverse esigenze presenti, rafforzando così il principio di trasparenza e di partecipazione e dando atto delle numerose iniziative già presenti per favorire ascolto e condivisione delle criticità, migliorare la conciliazione vita-lavoro e consentire azioni propositive per promuovere il benessere.

Non si riportano in questo documento gli elementi di sintesi che sono già stati richiamati nel PIAO precedente. Nel triennio 2025-2027 l'azienda procederà ad adottare una nuova edizione del Bilancio di Genere con l'aggiornamento delle relative analisi e considerazioni.

RUOLO DEL CUG E PIANO AZIONI POSITIVE 2025-2027

Il "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (d'ora in avanti per comodità CUG) è stato costituito con provvedimento del Direttore Generale n. 140 del 25 marzo 2011. Con Regolamento adottato con provvedimento del Direttore Generale n. 278 del 24 maggio 2011 ne sono state definite le finalità e le modalità di organizzazione e funzionamento. Il CUG è composto da 20 membri, dei quali 10 di nomina aziendale e 10 di nomina sindacale. L'attuale CUG è in carica dal 2022. Secondo quanto previsto da "Regolamento del Comitato Unico di Garanzia", D/903/69 Ed.2 Rev.1, il CUG ha come finalità:

- **Monitorare** e rendere atto della situazione e dell'evoluzione delle condizioni di pari opportunità nell'azienda;
- **Favorire** la realizzazione di condizioni di **pari opportunità e dignità**, contribuendo a rimuovere gli ostacoli che di fatto costituiscono discriminazione diretta e/o indiretta nei confronti delle persone;
- **Favorire il riequilibrio** della presenza femminile nelle attività e nelle posizioni gerarchiche ove sussista divario fra generi non inferiore a due terzi (Direttiva Ministeriale 23-05-2007);
- **Favorire**, anche mediante diversa organizzazione del lavoro, **equilibrio tra responsabilità familiari e professionali**;
- Contribuire alla corretta gestione del personale fornendo elementi utili alla **valorizzazione del benessere** di chi lavora in ottica di parità e contrasto alle discriminazioni.

Nel 2024 il CUG ha calendarizzato, secondo quanto riportato su sito AOUC, 9 incontri annuali, dei membri del CUG.

Nel PAP presentato nel 2022 sono stati individuate **cinque aree** principali di intervento:

- Area 1: **Conciliazione vita-lavoro**, lavoro agile e telemedicina;
- Area 2: Sportello **ascolto, prevenzione** mobbing;
- Area 3: **Benessere organizzativo** e clima interno;
- Area 4: Diritti di terza generazione e **pari opportunità**;
- Area 5: **Bilancio di genere** e flussi informativi.

Per ogni area identificata sono stati previsti obiettivi, azioni specifiche, soggetti coinvolti, tempi di attuazione, indicatori e costi preventivati. Con i membri aziendali e di parte sindacale è stata condivisa, nel 2024, l'esigenza di focalizzare gli sforzi del Comitato su due azioni propositive nell'ambito dell'Area 3 e dell'Area 5; Nello specifico, sono stati individuati e realizzati:

BENESSERE ORGANIZZATIVO E CLIMA INTERNO: Diffondere un clima di lavoro rispettoso del diritto della persona all'integrità della propria salute psico-fisica e morale, con particolare attenzione alla **accessibilità** alle strutture da parte dei **dipendenti AOUC con disabilità**. Nel 2024 è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro multiprofessionale, che ha condotto una analisi strutturale dei padiglioni di AOUC attraverso impostazione di una check list, prodotta seguendo le indicazioni della Normativa Nazionale.

Il 30 agosto 2024, dopo approvazione del documento di analisi da parte della Direzione Sanitaria, l'Area Tecnica ha provveduto alla trasmissione alla Regione Toscana della documentazione inerente a un **progetto di abbattimento delle barriere architettoniche**, in modo da avviare il percorso di finanziamento e di realizzazione delle opere.

FLUSSI INFORMATIVI E BILANCIO DI GENERE: Stesura e divulgazione dati sul Bilancio di Genere in AOUC 2022 (pubblicazione sul sito web).

Nell'anno 2024 il CUG ha inoltre partecipato, in collaborazione con la Unit per i percorsi per le vittime di maltrattamento, abuso sessuale e crimini di odio, alla **giornata internazionale contro la violenza sulle donne**, con l'iniziativa "Posto Occupato", campagna di sensibilizzazione sociale, virale e gratuita contro la violenza sulle donne.

"Posto Occupato" è un posto lasciato "vuoto" per riempire le coscienze di consapevolezza e ha l'obiettivo di mantenere alta l'attenzione dell'opinione pubblica sul fenomeno della violenza di genere.

Il "**Posto occupato**" porta nelle sale di attesa di AOUC, le vittime di questa violenza, riservando per sempre il posto per una donna che avrebbe voluto, potuto e dovuto essere lì: sarà un segno, un monito silenzioso, voce per chi non ha più voce, che suggerisce a tutti di NON sottovalutare MAI i segnali della violenza e non voltarsi mai dall'altra parte.

Per il **triennio 2025-2027** il CUG si impegnerà nel:

- **monitoraggio** dello stato di avanzamento **del progetto** relativo alla **accessibilità** ai padiglioni per i soggetti con disabilità sensoriale e/o motoria e valutazione dell'estensione agli altri Padiglioni di AOUC;
- **Aggiornamento, integrazione ed estensione** degli ambiti di indagine relativamente al **Bilancio di genere** in AOUC.

Saranno inoltre organizzati, nel 2025, **seminari informativi** sui seguenti argomenti:

- Donne e politica
- Donne e letteratura
- Donne e religione
- Donne e storia
- Donne e scienza.

È stata inoltre proposta la **promozione dei servizi e degli organi aziendali preposti all'ascolto**, analisi, supporto ai dipendenti AOUC in ambito di mobbing e atti di violenza di qualsivoglia natura ed origine e l'informazione sui riferimenti normativi e contrattuali e sulle definizioni delle differenti forme di maltrattamento e violenza.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

Nelle strutture ove le attività lo consentono, la modalità di lavoro agile è nella nostra realtà, a tutti gli effetti, strumento di lavoro al pari della modalità di lavoro in presenza. L'Azienda organizza quindi le proprie attività in modo tale che non ci siano differenze di prestazione lavorativa nell'una e nell'altra modalità, assicurando la disponibilità di tecnologie idonee a realizzare tale obiettivo (piattaforme di videoconferenza da utilizzare anche in modo evoluto tipo sportello virtuale per ricevimento utenti in videoconferenza, portale smart working, raggiungibilità di tutti gli applicativi da remoto, ecc.).

Il lavoro agile può rappresentare una modalità di lavoro che promuove anche l'innovazione nell'uso degli spazi fisici, la cooperazione e la trasversalità oltre i singoli uffici. Gli uffici, nel triennio 2025/2027, grazie all'alleggerimento delle dotazioni hardware (laptop al posto di desktop, eliminazione delle stampanti fisiche) e della documentazione cartacea (integrale gestione digitale dei documenti, con conseguente eliminazione di spazi per la tenuta e l'archiviazione) potrebbero essere progressivamente ridisegnati con desk moderni, flessibili, ergonomici, che consentano di lavorare sia da seduti che in piedi.

Organizzati per accogliere più persone del medesimo ufficio, in considerazione dell'alternanza del lavoro in sede o fuori sede; i nuovi spazi ridisegnati potrebbero rappresentare anche un agile strumento di incontro tra colleghi di lavoro di uffici diversi e di temporanea riaggregazione di colleghi con funzioni, professionalità e discipline diverse che si trovano a cooperare in un gruppo di progetto. L'ufficio potrebbe rimanere comunque la base di ciascun lavoratore, dando ad ognuno la propria "casa" all'interno dell'azienda, ma potrebbe diventare più aperto e maggiormente in grado di accogliere "ospiti" temporanei. Potrebbe quindi essere possibile ospitare ed essere ospitati in relazione alle necessità di cooperazione, a vantaggio di un potenziamento dello sviluppo delle relazioni di gruppo e intergruppo.

Negli anni la modalità di lavoro agile si è considerevolmente strutturata e, per alcune strutture aziendali, è diventata una modalità standardizzata per le attività quotidiane, con impatto positivo sia a livello ambientale (minori spostamenti e utilizzo condiviso delle risorse aziendali) che organizzativo (ottimizzazione di spazi e di strumenti informatici). L'ulteriore consolidamento che si vuole apportare dal punto di vista informatico nel corso del **2025** riguarda l'introduzione di **metodologie standard di comunicazione** per tutti i dipendenti.

In particolare, a livello aziendale sono stati acquisiti e implementati, durante il periodo Covid, sistemi di videoconferenza sia hardware che software. Lo strumento operativo che è stato profilato per tutti gli utenti è la **suite applicativa Zoom** che, una volta installata sulle dotazioni informatiche aziendali, diventerà lo **strumento principale di comunicazione per l'audio e video e per la messaggistica istantanea**. Tale suite sarà installata di default su tutte le postazioni di lavoro aziendali (fissi e portatili), in modo tale da avere per tutte le sessioni di lavoro in modalità agile e non, una possibilità di comunicazione e contatto sicura ed efficace tra i vari dipendenti profilati sulla piattaforma.

Tale modalità di lavoro permetterà inoltre la condivisione di documenti, la collaborazione applicativa su file comuni, la gestione di stanze per la videoconferenza e di agende di impegni condivise.

Per rendere facilmente fruibile la modalità di lavoro, è stato predisposto un breve tutorial a supporto del dipendente, fruibile su tutte le postazioni di lavoro attraverso la intranet aziendale.

CONDIZIONALITA' E FATTORI ABILITANTI

Misure organizzative

- Consolidamento assegnazione di **personal computer portatili** a tutto il personale operante nelle aree amministrative, tecniche e di staff, con contestuale ritiro del PC fisso, quale misura organizzativa base.
- Progressiva implementazione del **telefono fisso gestibile da pc** indipendentemente dal luogo fisico in cui si presta l'attività lavorativa.
- Consolidamento implementazione **dell'archiviazione dei documenti digitali** su cloud aziendale in modo tale da rendere possibile l'accesso ai documenti in qualsiasi luogo senza necessità di collegarsi al server tramite rete aziendale.
- Consolidamento strutturazione dell'utilizzo della **videoconferenza come strumento di lavoro**, anche in modalità mista presenza-distanza; progressiva implementazione della App su pc e eventualmente su smartphone assicurando quotidianamente l'accesso e la connessione in modo tale da essere direttamente chiamabile senza necessità di invio di apposito link.
- **Evoluzione dell'applicativo di Workflow** (protocollo e delibere) per potenziarne la funzionalità dal punto di vista tecnologico e della gestione a distanza, anche da rete non aziendale.
- **Ulteriore impulso all'uso della firma digitale** e alla gestione delle comunicazioni in formato esclusivamente digitale (nativo).

- Tenuta aggiornamento **mappatura delle attività eseguibili in lavoro agile**.

Piattaforme e requisiti tecnologici

- **Area di accesso dedicata al lavoro agile** sulla rete intranet aziendale accessibile anche dall'esterno, tramite autenticazione, con una sezione dedicata agli applicativi aziendali abilitati, una sezione con le disposizioni aziendali relative al lavoro agile e una sezione con la modulistica.
- Possibilità di **archiviazione, sincronizzazione e condivisione di documenti** sia su ownCloud che su cartelle aziendali su server.
- **Accesso** ai servizi aziendali tramite **vpn/desktop remoto**.
- Disponibilità di una **piattaforma di videoconferenza** aziendale.
- Progressivo ampliamento della disponibilità della **firma digitale** da parte degli operatori.

Competenze professionali e Percorsi formativi

- Idonee **competenze digitali** al fine di lavorare in modalità agile con efficienza ed efficacia per rispondere alle esigenze dei servizi e dell'utenza esterna e interna, senza riduzioni di attività rispetto alla modalità in presenza.
- Il Lavoro agile in AOUC: Partecipazione del personale di AOUC al **Syllabus** delle competenze digitali del Dipartimento della Funzione Pubblica.
- Acquisizione di capacità superiori a quelle base, per l'utilizzo di **strumenti digitali** quali videoscritture, fogli elettronici, posta elettronica e videoconferenze (2025-2026).

OBIETTIVI DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda ha provveduto a definire una serie di obiettivi orientati a migliorare le condizioni necessarie per il consolidamento del **lavoro agile come forma strutturata**, ma anche a lavorare sulla comprensione, dunque su partecipazione ed adesione, del personale rispetto all'approccio al lavoro agile come **occasione di ripensamento delle proprie modalità organizzative** in ottica di **semplificazione e dematerializzazione** sempre ferma rimanendo l'ottimale organizzazione delle attività.

Nell'Allegato C-Obiettivi Pola sono riportate le tabelle di sintesi complete di obiettivi, indicatori e valori attesi per il triennio 2025-2027, rispetto alle dimensioni utili a valutare l'esito delle azioni sostenute.

CONTRIBUTI AL MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE, IN TERMINI DI EFFICIENZA E DI EFFICACIA

Sempre per l'anno **2025-2027** è intenzione dell'Azienda introdurre un sistema di **monitoraggio del tasso di assenza** che rilevi anche eventuali scostamenti dello stesso rispetto al passato nei servizi che utilizzano la modalità di Lavoro Agile.

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Con la Delibera di Giunta regionale **n. 28 del 20.01.2025** è stato approvato il **Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP) 2025-2027**, predisposto in coerenza con gli obiettivi assegnati all'Azienda in materia di spesa del personale, redatto sulla base degli indirizzi regionali impartiti ed inserito all'interno di questo documento di programmazione quale parte integrante ed inscindibile. Il PTFP ridefinisce per il triennio 2025-2027, aggiornandola, la linea programmatica precedente ed individua le unità di personale ritenute necessarie per l'efficace ed efficiente svolgimento delle attività istituzionali previste nel piano stesso. Il PTFP è difatti un documento di programmazione a valenza triennale da aggiornare annualmente. Tenuto conto della sua natura programmatica, i Piani Occupazionali di dettaglio di detta programmazione sono soggetti a revisione annuale allo scopo di essere adeguati alle esigenze sopravvenute sia di carattere organizzativo e funzionale che di eventuale adeguamento ai vincoli finanziari, ovvero essere adeguati ad eventuali nuovi bisogni finalizzati a garantire i livelli essenziali di assistenza, l'attività di emergenza e urgenza, il rispetto di disposizioni normative nazionali e regionali e nuovi indirizzi che dovessero emergere dalla programmazione sanitaria della Regione.

La nuova formulazione **dell'art. 6 del D.Lgs. 165/2001** correla al PTFP la **dotazione organica**, divenendo quest'ultima funzionale alle esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie per raggiungere gli obiettivi aziendali. Il PTFP rappresenta il **limite quantitativo della capacità assunzionale** per ciascuno degli obiettivi finanziari imposti ed in relazione al budget assegnato e indica, per ciascun anno, le risorse finanziarie destinate alla sua attuazione, specificando la spesa programmata per le assunzioni di personale con rapporto di lavoro di tipo subordinato e quella per il personale con rapporto flessibile. Il PTFP è elaborato nel perseguimento degli obiettivi di equilibrio di bilancio e allineamento ai limiti specifici di spesa per il personale ed alla complessiva consistenza degli organici concordati con la Regione Toscana, con scelte di politiche assunzionali che **modulano il ricorso ai lavoratori in somministrazione**, la **riduzione della spesa per progetti di prestazioni aggiuntive** nonché attraverso ulteriori azioni gestionali. Descrive le linee strategiche di programmazione in conformità con le modalità redazionali indicate dal decreto ministeriale 30 giugno 2022, n. 132 e in coerenza e sostenibilità con gli obiettivi di salute declinati negli atti di programmazione sanitaria aziendale. Pertanto il PTFP viene redatto **in coerenza e in attuazione degli obiettivi** in materia di risorse umane **assegnati al Direttore Generale della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale**, con lo scopo di adeguare le risorse umane presenti nell'Azienda **tendendo ad una media regionale ponderata nel tempo**, che possa concorrere agli obiettivi di equilibrio di bilancio e all'allineamento ai limiti specifici sulla spesa di personale e valutando opportunamente sia i termini di riequilibrio delle consistenze di organico e ambiti di assorbimento delle professionalità, sia la convenienza, in termini di efficienza, efficacia ed economicità, di reinternalizzare i servizi sanitari. Ciò nel **rispetto degli standard** sull'assistenza ospedaliera definiti dalla normativa nazionale di cui al **decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70**, nonché nel rispetto delle direttive regionali in materia. I contenuti di detto PTFP sono pertanto 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 serie generale n. 173 del 27.07.2018, nonché dalle precedenti DGRT n. 700 del 20.06.2022 e **DGRT n. 140 del 20.02.2023 dall'ultima delibera di Giunta Regionale n. 1499 del 09.12.2024 finalizzata a fornire alle Aziende ed Enti del SSR i nuovi indirizzi per la redazione dei Piani Triennali di Fabbisogno di Personale (PTFP) per il prossimo triennio 2025-2027.**

Con riferimento alle assunzioni, nell'impostazione del PTFP si **privilegerà la definizione degli spazi di manovra economici** rispetto all'analisi di dettaglio delle dinamiche dei singoli profili professionali con un **approccio "flessibile"**, in funzione del grado di compatibilità tra sopravvenuti fabbisogni assunzionali (non emersi allo stato attuale) e i principali vincoli di sistema che possono indurre, in ogni momento, cambiamenti significativi delle priorità assunzionali. Posto ciò, l'Azienda per il triennio di riferimento continuerà a gestire il fabbisogno del personale nel perseguimento degli obiettivi di bilancio, di contenimento dei costi per il personale e di quelli relativi alla complessiva consistenza degli organici concordati con la Regione Toscana, mettendo in campo una politica assunzionale tale da soddisfare, almeno tendenzialmente, le esigenze di funzionalità e di ottimizzazione delle risorse per il miglior funzionamento dei servizi, in modo compatibile con le disponibilità finanziarie e di bilancio.

Per tutto il triennio di riferimento, l'azienda continuerà a gestire il reclutamento delle assunzioni di personale nell'ambito della capacità di assunzione e nel rigoroso **rispetto del limite assegnato all'Azienda in termini di organici (-28 unità** tra dipendenti a tempo indeterminato e a tempo determinato al 31.12.2025 **rispetto al 31.12.2024**, che si sommano all'obiettivo di altrettante -28 unità tra il 31.12.2024 e il 31.12.2023) e strettamente corrispondenti al numero delle ulteriori unità di personale in cessazione accertate nell'anno di riferimento. I prospetti trasmessi da questa Azienda, in sede di monitoraggio mensile, confermano, in via strutturale e non occasionale, il **rispetto del trend** che ha portato al **completo rispetto dei vincoli** citati dando luogo altresì a **ulteriori e aggiuntive riduzioni di unità di personale rispetto all'obiettivo assegnato**. A tal fine, la pianificazione delle azioni gestionali sul fabbisogno cercherà di coprire tutti i costi relativi alle assunzioni a tempo indeterminato e determinato attraverso il **monitoraggio ed il bilanciamento dei tempi di ingresso e uscita** di assunti e cessati oltre che col dimensionamento della spesa per contratti di somministrazione lavoro nonché per le altre tipologie di contratti di lavoro flessibile; saranno oggetto di contenimento e relativo monitoraggio anche i costi per progetti di prestazioni aggiuntive.

In tale ottica questa AOU per il prossimo triennio programmerà una **riduzione dell'attività aggiuntiva**, in parte con nuove assunzioni ed in parte tramite un governo più puntuale delle risorse disponibili, limitandone quindi il ricorso **alle sole ipotesi di carenze di organico** per le quali le forme di reclutamento ordinario risulteranno inadeguate, sia dal punto di vista dell'esistenza di graduatorie, che della tempestività degli ingressi, al fine di garantire la continuità dei servizi.

L'Azienda in primis proseguirà nel reperimento delle risorse non solo attingendo dalle graduatorie di concorsi pubblici ESTAR ma anche attraverso l'istituto delle **stabilizzazioni** che, come ribadito dalle ultime indicazioni regionali (di cui alla DGRT n. 1499 del 09.01.2024), dovranno essere considerate **"prioritarie"** rispetto ad altre forme di copertura dei fabbisogni. Ed è proprio con questa finalità che l'Azienda, per quanto concerne le procedure di stabilizzazione, darà priorità a queste forme di reclutamento, privilegiando tali iniziative in considerazione del fatto che, oltre a costituire un elemento di rafforzamento dei percorsi cui il personale è stato preposto, introdurranno elementi di certezza operativa riducendo il ricorso ai contratti a termine (**superamento del precariato**) e **valorizzando la professionalità acquisita dal personale**, proprio in virtù dell'inserimento in maniera definitiva e stabile di figure professionalmente idonee a garantire il buon andamento delle attività, a garanzia dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o supporto alle stesse. In coerenza con i suddetti principi e nel rispetto della normativa vigente in materia, è prevista l'attivazione delle procedure di stabilizzazione, ex comma 268 (art. 1 comma 268 lettera b) della Legge n. 234 del 30.12.2021 per un fabbisogno che viene stimato nelle seguenti unità: 3 - n. 1 dirigente medico nella disciplina di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva – SOD Chirurgia della Mammella, DAI Oncologico e Chirurgia ad Indirizzo Robotico; - n. 4 dirigenti medici nella disciplina di Cardiologia – SOD Cardiologia Generale e SOD Interventistica Cardiologica Strutturale, DAI

Cardioracovascolare; - n. 1 dirigente medico nella disciplina di Urologia – SODC Chirurgia Urologica, Robotica, Mininvasiva e dei Trapianti Renali, DAI Oncologico e di Chirurgia ad Indirizzo Robotico; - n. 2 dirigenti medici nella disciplina Oncologia – SODC Oncologia Clinica, DAI Oncologico e di Chirurgia ad Indirizzo Robotico; - n. 1 dirigente biologo di Patologia Clinica – SODC Laboratorio Generale, DAI dei Servizi; - n. 5 posti – fisioterapista – area dei professionisti della salute e funzionari; - n. 1 posto – dirigente per la comunicazione. Tutte queste unità di personale, compatibilmente con l'espletamento delle procedure da parte sia di questa Azienda (cpt) che di ESTAR e con l'esito delle stesse, dovrebbero portare alla conferma in servizio, in maniera stabile, dei diversi profili interessati. A tal proposito e con riferimento al personale della dirigenza si tratterà di aree e ambiti prestazionali relativi ad attività originariamente progettuali divenute oramai stabili e strutturate e il percorso della stabilizzazione consentirà un incardinamento definitivo in base alle esigenze specifiche.

Parallelamente, nell'ambito delle scelte programmatiche in materia di reclutamento, saranno concluse nel corso dell'anno 2025 le **assunzioni già deliberate** negli ultimi mesi dell'anno 2024 sia del Comparto Sanità, sia della Dirigenza Sanitaria. Si tratta di reclutamenti atti a garantire l'obiettivo prioritario di **rafforzamento di alcuni specifici settori/aree ultra-specialistiche** quali, in particolare, le aree di **emergenza-urgenza** (attraverso il reperimento di medici nella disciplina di medicina d'emergenza e accettazione, infermieri e tecnici sanitari sia di laboratorio biomedico che di radiologia), funzionali a mantenere il livello dei servizi erogati attraverso prestazioni assistenziali appropriate.

Nella medesima ottica, nel rispetto delle indicazioni regionali e degli impegni già presi con la Regione, nel triennio 2025-2027 saranno **immessi in organico i vincitori/idonei dei concorsi pubblici**. In particolare, si tratta di procedure concorsuali chieste da questa Azienda ad ESTAR per attività specifica: n. 1 dirigente medico di Audiologia e Foniatria (già concluso), n. 1 dirigente medico di Oncologia per la SOD Oncologia Clinica, n. 1 dirigente medico di Anatomia Patologica, n. 1 dirigente medico di Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, n. 1 dirigente medico di Neonatologia, n.1 dirigente medico di Farmacologia e Tossicologia Clinica, n. 1 dirigente medico Medicina del Lavoro (medico competente), n. 1 dirigente medico di Neurologia per la SOD Stroke Unit. L'Azienda inoltre ha aderito a svariate procedure concorsuali di ESTAR indette o di prossima indizione, sia della dirigenza sanitaria (n. 16) che del comparto (ruolo sanitario, tecnico e amministrativo).

L'Azienda darà attuazione alle procedure di **mobilità compensativa e volontaria**, sia interna che esterna, quest'ultima con il supporto di ESTAR, con il duplice obiettivo di favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti e di razionalizzare la distribuzione delle risorse, dando priorità alla mobilità interna rispetto alle nuove assunzioni, compatibilmente con il sistema degli incarichi per quanto concerne la dirigenza. Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 30, comma 2-bis del d. lgs. N. 165/2001 nonché dei principi dettati a livello regionale, ove nel periodo di vigenza del presente piano vi sia la disponibilità di posti di organico, saranno attivati processi di mobilità esterna, previa immissione, in via prioritaria, nei ruoli dell'Azienda dell'eventuale personale di altre amministrazioni attualmente in servizio in posizione di comando. Più nello specifico, per quanto riguarda le procedure di mobilità volontaria, area della dirigenza, si privilegerà il possesso di competenze e conoscenze in ambiti specifici e coerenti con l'alta specializzazione dell'AOU Careggi, azienda di terzo livello, tali da assicurare un reclutamento di personale adeguato e coerente con la gestione dei pazienti critici con patologie ad elevata complessità (acute e croniche) per i quali è necessario un approccio multidisciplinare e pluridisciplinare.

Con riferimento all'obbligo normativo previsto dalla **legge 68/99** in termini di **assunzione di disabili a categorie protette**, nel corso del triennio 2025-2027 questa Azienda (con delibera DG n. 730 del 15.12.2023), preso atto dell'Addendum alla Convenzione n. 90 del 16.06.2020 ai sensi dell'art. 11 (c. 2

e 4) L. 68/99 stipulato tra AOUC e ARTI in data 19.10.2023, si impegnerà alla **progressiva copertura della quota d'obbligo** delle assunzioni di lavoratori disabili stabilita dalla L. 68/99 mediante l'inserimento dei soggetti disabili iscritti negli elenchi di cui all'art. 8 della stessa legge secondo l'articolazione temporale specificata nell'addendum medesimo. Pertanto per la programmazione della copertura della quota d'obbligo con riferimento alle categorie protette si procederà ad una revisione, ove necessario, del programma di inserimento lavorativo e delle altre forme di reclutamento ai sensi della citata normativa, al fine di ottemperare agli obblighi di legge, nella piena collaborazione con le Istituzioni competenti (Centro per l'Impegno ESTAR relativamente ai concorsi) e saranno adottate misure per l'efficace integrazione nell'ambiente di lavoro delle persone con disabilità.

Per quanto concerne i **contratti di lavoro autonomo**, l'Azienda continuerà ad utilizzare tali tipologie contrattuali in modo residuale rispetto alle forme ordinarie di assunzione limitandone l'attivazione ai **solì casi eccezionali** e prevedendo, come regola generale, la loro cessazione alla scadenza naturale, salvo valutazioni del tutto eccezionali volte a sopperire a carenze improvvise straordinarie e non trascurabili in assenza di graduatorie concorsuali o l'avvio di progettualità peculiari e specifiche. Si segnala ancora, con particolare riferimento al personale medico, come sia sempre più critica la fase di reclutamento dei professionisti per alcune discipline (emergenza-urgenza). Spesso si configura uno scostamento tra domanda ed offerta di lavoro con procedure concorsuali che sempre più frequentemente esitano in graduatorie insufficienti a garantire i fabbisogni aziendali. Di qui la necessità di ricorrere anche a contratti libero professionali che, seppur ridotti, costituiscono ancora un'importante fonte di reclutamento. In ragione di ciò e al fine di salvaguardare, nel contempo, adeguati standard operativi per le funzionalità e continuità dei servizi e delle prestazioni assistenziali dell'area dell'emergenza-urgenza, **si manterranno per tutto il 2025 i contratti libero professionali** ex art. 12 del D.L. n. 34 del 30.03.2023, convertito in legge con modifiche alla legge n. 56 del 26.05.2023, **stipulati, per 8 ore settimanali, con medici in formazione specialistica** – disciplina di emergenza urgenza – vista la necessità di fronteggiare le criticità assistenziali correlate alla carenza di personale.

Si continueranno ad attivare **borse di studio** finalizzate alla realizzazione di progetti di ricerca finanziati sia dal Ministero della Salute (per ricerca ex art. 12 bis D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i) che dall'Unione Europea (inclusi PNRR), oltre che ai contratti attivati con finanziamenti privati, nel pieno rispetto della normativa vigente.

Il ricorso al **lavoro interinale**, nel rispetto degli impegni concordati con la Regione Toscana in termini di riduzione delle consistenze organiche e dei relativi costi, sarà **limitato a casi eccezionali**, legati all'esigenza di **assicurare la regolare attività assistenziale** ove non sia possibile o efficace il ricorso a forme di lavoro stabile, attingendo dalla vigente graduatoria concorsuale di infermieri, tecnici sanitari, oss ecc. Il contingente di personale sopra individuato, anche in ragione dell'andamento degli organici degli ultimi anni, corrisponde a posizioni di lavoro che si stima coprano fabbisogni di carattere strutturale dell'organizzazione aziendale. I contratti di somministrazione di lavoro che residuerebbero a seguito delle assunzioni richieste risponderebbero invece ad esigenze di natura temporanea e non programmabile o riguarderebbero profili professionali per i quali, allo stato, non sono disponibili idonee graduatorie concorsuali presso ESTAR.

Con la programmazione del presente piano di fabbisogno 2025-2027 è ribadita la volontà di procedere ad una **valorizzazione delle competenze** del proprio personale dipendente **favorendone la crescita professionale** mediante apposite **progressioni verticali/orizzontali**, nel rispetto del principio dell'adeguato accesso dall'esterno, delle normative vigenti contrattuali e delle indicazioni regionali nelle misure consentite dalla legislazione vigente. In tal senso, al fine di realizzare tali interventi, si attiveranno

le progressioni verticali/orizzontali con le procedure che consentiranno di effettuare un **adeguamento dell'inquadramento** del personale rispetto alle competenze possedute e la corrispondenza tra profilo di inquadramento e mansioni svolte. La realizzazione delle predette **procedure di reclutamento c.d. "speciali"** di cui appena sopra (stabilizzazione e progressione interna) verranno sempre effettuate nel rispetto del **principio dell'adeguato accesso dall'esterno**.

L'Azienda, in considerazione della recente della Legge 30.12.2024 n.207, "c.d. Legge Finanziaria 2025" sul tema **"trattenimento in servizio"** (del personale dirigenziale e non dirigenziale) e delle successive indicazioni operative del Ministro della Pubblica Amministrazione, valuterà ogni necessaria e opportuna iniziativa finalizzata al possibile ricorso all'istituto in oggetto, nel rispetto del limite massimo del 10% delle facoltà assunzionali "ordinarie" (derivanti dal turn over e da eventuali autorizzazioni ad assumere previste da specifiche misure normative).

Ciò al fine di assicurare, in coerenza con gli obiettivi assegnati all'Azienda e finalizzati ad un graduale allineamento della spesa per il personale della Regione Toscana entro i limiti normativi, l'affiancamento dei nuovi assunti al personale già in possesso di un adeguato bagaglio esperienziale, nei limiti e nell'ambito delle fattispecie previste e normate dalla citata normativa.

Ai fini del reclutamento e dell'inserimento nelle attività assistenziali di **docenti universitari** (professori e ricercatori) sarà dato **nuovo impulso** all'attuazione delle procedure di **programmazione congiunta** nell'ambito dell'ampliato rapporto di collaborazione tra le due istituzioni. Nel prospetto che segue viene rappresentato in termini economici e di organico il quadro di sintesi relativo al 2025 predisposto in coerenza con gli obiettivi assegnati all'Azienda al momento gli importi e gli organici relativi al 2025 ed al 2026 sono rappresentati nella stessa misura del 2024, come da indicazioni della richiamata DGR 1426 del 4.12.2023.

Si prende atto, inoltre, che nei due anni 2023 – 2024, è stata pressoché raggiunta la quota di contenimento del personale prevista per i due anni in questione in coerenza con la programmazione del piano triennale.

Si ritiene di segnalare come le unità di personale declinate nel prospetto che segue relativamente all'esercizio 2024, così come i relativi costi, ricomprendano anche le figure di personale temporaneamente acquisito assegnato a progetti i cui costi risultano estranei al finanziamento tipico regionale per un importo di euro 316.210,00.

Si rappresenta infine come al prospetto per la programmazione triennale delle assunzioni 2025 – 2027 (cfr all. 1) si unisce l'elenco voci oggetto di sterilizzazione (cfr. all. 2) al fine di effettuare coerente raffronto tra la valorizzazione del costo del personale 2024 – 2023.

SEGUE IL PROSPETTO PER LA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE DELLE ASSUNZIONI 2025 – 2027

PROSPETTO PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 25/27

AREA	COSTO/RISPARMIO personale a tempo indeterminato (1)				TESTE equivalenti personale a tempo indeterminato			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
RUOLO								
CONSISTENZA AI 31/12/2023	101.489.931.00	2.277.983.00	125.614.987.00	58.326.303.00	1.038.00	24.00	2.760.00	1.055.00
CESSAZIONI 2024 (2)	2.194.363.00	92.521.00	2.726.331.00	1.345.504.00	61.00	1.00	136.00	110.00
ASSUNZIONI 2024 (2)	2.009.345.00	64.073.00	2.674.134.00	895.009.00	56.00	2.00	115.00	49.00
di cui per stabilizzazioni				35.000.00				1.00
CESSAZIONI PREVISTE 2025	1.489.630.00	101.449.00	1.662.687.00	606.080.00	35.00	2.00	56.00	35.00
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2025	2.402.829.00	160.193.00	1.692.790.00	105.738.00	46.00	3.00	43.00	1.00
di cui per stabilizzazioni								
CESSAZIONI PREVISTE 2026								
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2026								
CESSAZIONI PREVISTE 2027								
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2027								
COSTO personale a tempo determinato								
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA 2023	1.774.399.00	143.725.00	692.610.00	58.067.00	20.16	2.00	16.26	1.66
CONSISTENZA 2024	1.851.341.00	88.495.00	340.473.00	41.147.00	15.72	1.00	5.09	1.09
PREVISIONE CONSISTENZA 2025	222.409.42	42.715.44	18.312.84	0.00	7.00	1.00	2.00	0.00
PREVISIONE CONSISTENZA 2026								
PREVISIONE CONSISTENZA 2027								
COSTO personale in somministrazione								
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA 2023	0.00	0.00	6.182.840.00	609.107.00	0.00	0.00	151.33	16.41
CONSISTENZA 2024	0.00	0.00	6.000.000.00	800.000.00	0.00	0.00	146.60	19.45
PREVISIONE CONSISTENZA 2025	0.00	0.00	7.483.868.00	817.000.00	0.00	0.00	170.00	20.00
PREVISIONE CONSISTENZA 2026	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
PREVISIONE CONSISTENZA 2027	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
COSTO personale a incarico libero professionale								
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA 2023	1.730.831.00	0.00	0.00	0.00	39.36	0.00	0.00	0.00
CONSISTENZA 2024	2.300.000.00	0.00	0.00	0.00	59.27	0.00	0.00	0.00
PREVISIONE CONSISTENZA 2025	1.755.000.00	0.00	0.00	0.00	46.00	0.00	0.00	0.00
PREVISIONE CONSISTENZA 2026								
PREVISIONE CONSISTENZA 2027								

AREA	COSTO personale comandato				TESTE equivalenti personale comandato (3)			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
RUOLO								
CONSISTENZA 2023	215.468.00	48.600.00	75.000.00	30.000.00	3.16	0.90	1.90	1.00
CONSISTENZA 2024	202.245.00	34.020.00	91.974.00	30.000.00	2.91	0.63	2.33	1.00
PREVISIONE CONSISTENZA 2025								
PREVISIONE CONSISTENZA 2026								
PREVISIONE CONSISTENZA 2027								
COSTO/RISPARMIO personale universitario								
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA AL 31/12/2023	11.841.030.60	0.00	346.406.00	29.743.00	206.00	0.00	16.00	1.00
CESSAZIONI 2024 (2)	867.960.63	0.00	529.83	0.00	17.00	0.00	1.00	0.00
INGRESSI 2024 (2)	165.734.43	0.00	1.409.92	0.00	11.00	0.00	1.00	0.00
CESSAZIONI PREVISTE 2025								
INGRESSI PROGRAMMATI 2025								
CESSAZIONI PREVISTE 2026								
INGRESSI PROGRAMMATI 2026								
CESSAZIONI PREVISTE 2027								
INGRESSI PROGRAMMATI 2027								
COSTO personale complessivo								
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		COSTO TOTALE DIRIGENZA		COSTO TOTALE COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO				
COSTO PREVISTO 2024	119.296.395.00	2.428.546.00	139.827.730.00	59.564.005.00	121.725.341.00		199.391.735.00	
COSTO PREVISTO 2025	115.844.325.00	2.384.604.44	135.538.458.00	58.272.516.00	118.228.929.44		193.810.974.00	
COSTO PREVISTO 2026	115.844.325.00	2.384.604.44	135.538.458.00	58.272.516.00	118.228.929.44		193.810.974.00	
COSTO PREVISTO 2027	115.844.325.00	2.384.604.44	135.538.458.00	58.272.516.00	118.228.929.44		193.810.974.00	
COSTO TOTALE COMPLESSIVO					118.228.929.44		312.039.905.44	

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
 (4) nella sezione consistenza 2025 Ip non si conoscono le date esatte di inizio/cessazione di conseguenza sono stati valorizzati come costo annuale

Voci considerate per confronto costo Personale 2024 e 2023

	2023	2024	↔
UNA TANTUM emolumento accessorio	-3,079,152.00		-3,079,152.00
INDENNITA' VACANZA CONTRATTUALE	1,033,084.00	7,954,355.00	6,921,271.00
RINNOVI CCNNLL DIRIGENZA SANITARIA	0.00	1,911,172.00	1,911,172.00
RINNOVI CCNNLL DIRIGENZA PTA	0.00	47,369.00	47,369.00
RINNOVI CCNNLL DIRIGENZA UNIFI	0.00	500,000.00	500,000.00
ATTIVITA' AGGIUNTIVA	8,199,040.00	9,324,969.00	1,125,929.00
INCREMENTO FONDI CONTRATTUALI AUTORIZZATI	72,937,098.00	75,546,309.00	2,609,211.00
IRAP PERSONALE DIPENDENTE	19,281,966.00	20,300,000.00	1,018,034.00
IVC 6,7 INTERINALI	0.00	156,000.00	156,000.00
TOTALE	104,530,340.00	115,740,174.00	11,209,834.00

PIANO AZIENDALE DI FORMAZIONE

Il piano Formativo Aziendale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (PAF) si basa sulla raccolta dei bisogni formativi e contribuisce all'offerta ECM per i dipendenti aziendali.

Anche per il **2025** i corsi in programma si articoleranno proporzionalmente sulle competenze e tipologie di obiettivi formativi di seguito presentati.

OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO PROFESSIONALI	CONOSCENZE E COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI NEL SETTORE SPECIFICO DI ATTIVITA'	Gli eventi che programmano il loro conseguimento sono specificatamente rivolti alla professione di appartenenza o alla disciplina
OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO	CONOSCENZE E COMPETENZE NELLE ATTIVITA' E NELLE PROCEDURE IDONEE A PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' EFFICIENZA EFFICACIA APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DEGLI SPECIFICI PROCESSI DI PRODUZIONE DELLE ATTIVITA' SANITARIE	Obiettivi formativi specificatamente rivolti ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione
OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA	CONOSCENZE E COMPETENZE NELLE ATTIVITA' E NELLE PROCEDURE IDONEE A PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' EFFICIENZA EFFICACIA APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DEI SISTEMI SANITARI	Obiettivi che di norma, si rivolgono a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali

Inoltre, le proposte di eventi raccolte per la definizione del piano formativo presentano già nella fase di raccolta del fabbisogno una significativa concentrazione di eventi raggruppabili nelle seguenti categorie:

- Corsi Emergenza Urgenza
- Salute e Sicurezza sui luoghi di lavoro
- Qualità e Rischio Clinico
- Gruppi di miglioramento

- Iniziative relativi a cogenze normative di ambito Tecnico Sanitario
- Iniziative relativi a cogenze normative di ambito Gestionale Amministrativo.

Al fine di garantire il raggiungimento delle 3 **missioni PNRR** di seguito richiamate, AOUC assicura la frequenza degli operatori ai percorsi formativi anche attraverso l'inserimento della partecipazione fra gli obiettivi individuali per l'ambito PA. Nel caso dei due obiettivi relativi all'ambito Salute, AOUC garantisce la massima collaborazione a ESTAR e al **Soggetto** attuatore RTI vincitore di gara sia per l'organizzazione dei moduli in presenza, sia per la rendicontazione dei partecipanti.

Ambito Salute - Missione M6, 6.12. Componente 2 - Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario – Sub investimento 2.2 (b)	“Corso di formazione in infezioni ospedaliere del PNRR” per il personale ospedaliero sul tema delle infezioni correlate all’assistenza entro la fine del 2025. Soggetto attuatore ESTAR
Ambito Salute Missione M6 C2 I1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) da parte degli assistiti e degli operatori sanitari.	“Corso di formazione Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni con l'obiettivo di potenziare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE)” per tutto il personale dipendente Soggetto attuatore RTI vincitore di gara
Ambito PA - Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	Syllabus - Competenze digitali per la PA” obiettivo formativo – significativo incremento delle competenze digitali per ciascun dipendente Soggetto attuatore Ministero Pubblica Amministrazione

AOUC raccoglie nel PAF eventi formativi rispondenti agli obiettivi ritenuti rilevanti per il SSN e il SSR ovvero quelli indicati come priorità dalla commissione nazionale ECM in ambito nazionale (SSN) e regionale (SSR) che includono, oltre a quelli già indicati nell'ambito della Progettualità PNRR i seguenti:

Priorità SSR	Priorità SSN
• Fragilità e Cronicità • Innovazione Tecnologica • Appropriately prestazioni • Aspetti relazionali • Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'EBP • HTA health Technology assessment	• Area tematica Vaccini e strategie Vaccinali (obiettivo 20) • Area tematica fertilità (obiettivo 20) • Area tematica Responsabilità professionale (obiettivo 20) • Area tematica Gestione delle situazioni che generano violenza nei confronti dell'operatore sanitario (obiettivi 20-32-33) • Area tematica Antimicrobico resistenza (obiettivi 20-32-33) • Area tematica Infezione da Coronavirus

	2019-NCOV (obiettivi 20- 32-33) • Area tematica Medicina di genere (obiettivi 20-32-33) • Area tematica Cannabis Terapeutica (obiettivo 21)
--	--

L'Azienda in ambito formativo tiene altresì conto della Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione ad oggetto “*Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti*” pervenuta in data 21/01/2025.

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

Questa sezione descrive, in relazione a ciascun ambito di programmazione previsto dal PIAO e rappresentato nelle sezioni precedenti, quali sono le tempistiche e le modalità di monitoraggio nel corso dell'anno nonché di valutazione a fine anno riguardo al conseguimento degli obiettivi attesi.

Per far sì che la programmazione degli obiettivi da raggiungere porti a dei buoni risultati, occorre sempre alla fase di programmazione vera e propria, far seguire la fase del monitoraggio. È in tale fase infatti che, nel corso dell'anno, viene monitorato l'andamento degli indicatori in modo tale da rendersi conto se alcuni degli obiettivi prefissati sono lontani dalla loro realizzazione ed è pertanto necessario porre in essere delle azioni correttive per far sì che alla fine dell'anno tali obiettivi vengano effettivamente raggiunti.

La finalità di qualsiasi processo di programmazione e controllo è infatti quella di indirizzare le azioni dell'organizzazione verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati; è quella, dunque, di governare l'azienda in maniera guidata rispetto all'andamento non organizzato delle attività. Per tale motivo alla fase di definizione degli obiettivi, siano essi strategici di medio-lungo periodo, od operativi annuali di breve periodo, deve seguire sempre la fase di monitoraggio.

MONITORAGGIO PERFORMANCE

Relativamente agli **obiettivi annuali di budget** contenuti nel **Piano della Performance**, l'Azienda effettua un **monitoraggio** di tutti gli indicatori contenuti nelle schede budget con cadenza periodica trimestrale, per alcuni indicatori anche con maggiore frequenza.

Nell'Azienda sono ormai diversi anni che è stata strutturata una **piattaforma web** nella quale sono presenti le **schede budget** di ogni struttura, consultabili in ogni momento dai direttori e dove, con cadenza periodica, vengono caricati i valori dei diversi indicatori, con evidenziazione, mediante delle “faccine colorate” della performance raggiunta. La faccina rossa indica che vi è una criticità, gialla una performance media, verde una performance buona, verde scuro una performance ottima. Consultando quindi la propria scheda budget nella piattaforma web, in modo tempestivo e semplice, ogni professionista si rende conto se gli obiettivi prefissati sono già raggiunti nel corso dell'anno, ovvero se è necessario mettere in atto delle azioni correttive per far sì che lo siano entro la fine dell'anno. Nel caso si rilevino delle criticità è utile incontrarsi con i diretti interessati per cercare di condividere come intervenire.

Nella stessa piattaforma web, oltre alla consultazione delle schede budget, è possibile consultare una **reportistica** di maggiore dettaglio di alcuni indicatori di budget, dell'attività svolta, del personale

assegnato, dei consumi di ogni struttura. Alcuni report sono aggiornati con cadenza mensile, altri con cadenza trimestrale, e possono essere consultati in ogni momento da ogni dipendente dell'azienda.

Alla fase di monitoraggio infra-annuale, una volta finito l'anno, segue la **verifica finale**, approvata dall'OIV. I risultati della verifica finale vengono esposti annualmente nella **Relazione sulla Performance** e **pubblicati nel sito** istituzionale dell'Azienda.

MONITORAGGIO SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI

Per quanto riguarda l'esperienza di ricovero dei pazienti, come descritto nella sezione sulla performance, è attiva in Regione Toscana dal 2018 l'indagine Prems (Patient Reported Experience Measures) per la valutazione dell'esperienza di ricovero vissuta dai pazienti. L'indagine si rivolge a pazienti ricoverati presso le strutture ospedaliere e rileva la soddisfazione sul servizio di ricovero ricevuto.

Le domande proposte, a risposta chiusa ed aperta, consentono al paziente di esprimere pareri, criticità e di segnalare elementi o persone che hanno fatto la differenza nell'esperienza di cura. Le risposte dei pazienti al questionario sono raccolte e restituite attraverso una **piattaforma** ai responsabili delle Aziende Sanitarie. L'indagine è sistematica e parte di un **Osservatorio permanente**. Il monitoraggio del livello di soddisfazione è possibile, dunque, in **tempo reale** durante tutto l'anno. Dal 2023 è attivo anche un report di sintesi di tutti i risultati dell'indagine sulla piattaforma di reportistica aziendale. Si tratta di un'opportunità davvero importante per lavorare sul miglioramento della qualità dell'assistenza, dal momento che le informazioni raccolte possono essere fonte preziosa di indicazioni, sia in relazione alle criticità da affrontare, sia riguardo alla possibilità di valorizzare gli esempi virtuosi che ne emergono.

MONITORAGGIO AMBITO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione del rischio previste e della loro efficacia è responsabilità del RPCT che, a tal fine, si coordina con gli organismi di monitoraggio della performance organizzativa e individuale.

Il sistema di monitoraggio, semestrale e annuale, è articolato su 2 livelli:

- il primo livello è in capo al **direttore/responsabile** della struttura organizzativa chiamata ad adottare le misure (autovalutazione) che fornisce al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione delle misure;
- il secondo livello compete al **RPCT**, coadiuvato dalla Rete e dalle strutture interne con funzioni di controllo.

La verifica dell'attuazione degli obiettivi annuali prevede, oltre al monitoraggio semestrale, una rendicontazione finale che dà conto delle relazioni redatte a fine anno dai direttori/responsabili di struttura ed è pubblicata sul sito aziendale (relazione annuale del RPCT) nei primi mesi dell'anno successivo.

I risultati del monitoraggio degli obiettivi sono condivisi con l'OIV e con la Direzione Aziendale e trasmessi alla struttura competente in materia di performance organizzativa e individuale.

Il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema di gestione del rischio, insieme al monitoraggio delle misure di mitigazione del rischio, rappresenta un tassello fondamentale per assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione e riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio; coordinato dagli organismi interni che svolgono attività di controllo trasversale, viene effettuato secondo il c.d. modello di prevenzione a rete a intervalli programmati.

Tale riesame richiede la partecipazione attiva dei dipendenti al processo di gestione del rischio e all'attuazione delle misure di prevenzione programmate, al fine di individuare rischi emergenti,

identificare ulteriori processi organizzativi da mappare, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio.

È una prassi che non porta all'introduzione di nuovi controlli ma a razionalizzare e sistematizzare quelli esistenti, migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi prefissati, sensibilizzando le persone alla partecipazione attraverso la consultazione e la comunicazione.

L'attuazione degli obblighi di pubblicità in materia di trasparenza è oggetto di monitoraggio costante da parte dei dirigenti responsabili e dei loro referenti operativi, a seconda della tempestività richiesta per l'aggiornamento del dato.

Le modalità di gestione dei dati e delle informazioni riportate sul sito internet dell'Azienda sono rimesse alla responsabilità del dirigente della singola Struttura aziendale, come espressamente previsto **dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013**, i dirigenti responsabili di Struttura devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni, da pubblicare nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Il **RPCT**, coadiuvato dal Gruppo operativo e dalla Redazione web, effettua un monitoraggio sistematico e, comunque, trimestrale, così come inteso anche da A.N.A.C., sugli adempimenti di cui al D.Lgs 33/2013.

MONITORAGGIO PIANO ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE

Il monitoraggio delle azioni e degli obiettivi definiti per migliorare l'organizzazione e l'impatto del lavoro agile è costruito con riferimento all'andamento degli indicatori esplicitati nelle tabelle esposte nell'Allegato C-POLA. Molti degli indicatori presenti richiedono indagini ad hoc che prevedono anche la somministrazione del personale a specifiche indagini e sondaggi. Pertanto, la tempistica di monitoraggio completo al momento può essere impostata su una cadenza annuale.

MONITORAGGIO PIANO TRIENNALE FABBISOGNI PERSONALE

L'Azienda invia mensilmente all'Assessorato regionale un prospetto di riepilogo delle assunzioni e delle cessazioni effettuate nel periodo di riferimento. Negli incontri periodici con le Direzioni vengono approfondite le motivazioni legate agli andamenti e le possibili azioni di recupero che possono emergere anche da un benchmark con le altre aziende del contesto. A questo scopo la Direzione Generale dell'Assessorato regionale sta lavorando per implementare un sistema di reportistica che attraverso la costruzione di cruscotti tematici organizzati per tipologia contrattuale e profilo professionale, possa portare in evidenza i trend di assorbimento delle risorse nel corso degli anni e le scelte fatte in tema di politiche di assunzione.

A livello aziendale, ai fini del governo economico, è inoltre attivo il tavolo dei Gestori di Fabbisogno competenti che, attraverso un confronto mensile orientato ad approfondire l'andamento economico dei principali fattori produttivi, provvede ad analizzare nel dettaglio tutti gli andamenti e gli scostamenti rispetto a quanto programmato anche al fine di definire il Conto Economico di previsione da inviare ai fini dell'assolvimento del debito informativo regionale e ministeriale (Modelli CE mensili e trimestrali).