

Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

ANNO 2025-2027



30/01/2025

INDICE

<i>Premessa metodologica</i>	3
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE	12
2.1 <i>Sottosezione Programmazione-Valore Pubblico</i>	12
2.2 <i>Sottosezione Programmazione: Performance</i>	18
2.3 <i>Sottosezione di Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza</i>	22
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	27
3.1. <i>Sottosezione di Programmazione Struttura Organizzativa</i>	27
IL CAPITALE UMANO: LE PERSONE AL SERVIZIO DELLE PERSONE	30
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	34

Premessa metodologica

Introdotta dall'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 113 del 6 agosto 2021, il Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) è lo strumento di programmazione che le aziende sanitarie pubbliche utilizzano per rendere trasparenti i processi di programmazione di acquisizione e di impiego delle risorse economiche fisiche e professionali necessarie allo svolgimento ottimale dei percorsi di cura erogati al proprio interno.

Il Piano ha durata triennale (con aggiornamento annuale) ed in ottica di massima semplificazione razionalizza la disciplina previgente sostituendo e richiamando i contenuti di molti atti

SOSTITUISCE ED INTEGRA

Piano della Performance (PdP);
Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT);
Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA);
Piano triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP);
Piano per Razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD);
Piano delle Azioni Positive (PAP).

RINVIA

Piano Strategico per la parità di genere
Piano della Formazione del Personale;
Piano Strategico per la Transizione digitale
Piano Qualità e Sicurezza delle cure
Piano Mobilità Casa Lavoro

Il piano si struttura secondo le linee guida di redazione e fa riferimento tra gli allegati ai documenti di Pianificazione che integrano il documento.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

DENOMINAZIONE	
TIPOLOGIA GIURIDICA	Azienda del Servizio Sanitario Nazionale (L. RT. n.40/2005)
Operatività e funzioni:	Ospedale di base per i comuni della Zona Pisana, di secondo livello ai sensi del DM.70/2015 per l'Area Vasta con rilievo regionale e nazionale, a forte vocazione chirurgica e trapiantologica, sede di numerosi centri di eccellenza.
Legale Rappresentante	Direttore Generale – Dott.ssa Silvia Briani (segrdirgen@ao-pisa.toscana.it. 050/996210)
PARTITA IVA	01310860505
INDIRIZZO	Sede legale: Via Roma n. 67 56126 Pisa
TELEFONO	Pronto Soccorso 050 992300 Numero Verde 800.015877 Centralino 050.992111
E-MAIL	urp@ao-pisa.toscana.it
PEC e-mail	pec-aoupisana@legalmail.it
URL sito internet	http://www.ao-pisa.toscana.it/
Facebook	https://www.facebook.com/p/AOUP-Azienda-Ospedaliero-Universitaria-Pisana-AOUP-100069144732003/
Instagram	https://www.instagram.com/aoupisana/
Twitter	https://twitter.com/aouppisana
Youtube	https://www.youtube.com/channel/UCLhOtrZF714jM4HvXcX5ytg
Iban C/C	INTESA SAN PAOLO S.P.A. IBAN: IT19X0306902887100000046023 SWIFT/BIC: BCITITMM CONTO CORRENTE POSTALE: 000012828562 IBAN: IT34W0760114000000012828562 SWIFT: BPPIITRRXXX BANCA ITALIA (SOLO PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI) Conto: 306396 Cod. Ente Filiale: 316 PISA IBAN: IT51C0100003245316300306396
pagoPa	Aderente alla piattaforma pagoPA dal 10.06.2021 Sistema unico per i pagamenti elettronici verso le Pubbliche Amministrazioni

AREE DI ECCELLENZA	Personale	Attività di ricovero	Attività ambulatoriale	Dati economici
Alta specialità chirurgica e medica	4790 dipendenti SSN	988 posti letto	4,7 Mln di prestazioni ambulatoriali per esterni	619 Mln valore produzione 2024
Attività trapiantologica	229 dipendenti UNI	50 k ricoveri		57 Mln farmaci
Chirurgia robotica	2608 comparto sanitari	29 k ricoveri chirurgici		66 Mln dispositivi
Centri clinici e percorsi	982 dirigenti sanitari	> 75% procedure chirurgiche ad elevato case mix		23 Mln diagnostici
	1058 medici			
	865 medici SSN			
	193 medici UNI			

CHI SIAMO

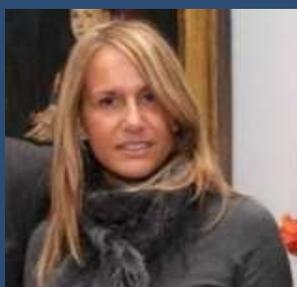
LA DIREZIONE AZIENDALE



Direttrice Generale
Silvia Briani

Direttrice Generale in carica dal 2019

Ha maturato esperienze gestionali in aziende integrate con l'Università occupandosi di snellimento dei processi, riorganizzazione per intensità di cure, ottimizzazione delle reti tempo-dipendenti, miglioramento dell'appropriatezza, creazione di nuovi centri clinici e percorsi assistenziali integrati, riorganizzazione delle attività ambulatoriali, accreditamento istituzionale e qualità, rischio clinico, promozione di buone pratiche, soddisfazione dell'utenza, rafforzamento dei percorsi di salute al femminile con attenzione alle tematiche di genere, promozione dei percorsi di eccellenza.



Direttrice Sanitaria
Grazia Luchini

Direttrice Sanitaria dal 2019

In precedenza Direttore della rete ospedaliera dell'Azienda UsI Toscana nord-ovest. Specializzata in Igiene e medicina preventiva, prima di ricoprire questo incarico dopo l'accorpamento delle Asl disposto dalla riforma regionale, è stata direttore sanitario all'ex Asl 12 Versilia.

Esperta di organizzazione dei servizi sanitari, qualità, gestione dei rifiuti, sanificazione e sterilizzazione, si è occupata in ruoli diversi della promozione della salute nelle strutture ospedaliere attraverso progetti e modelli specifici (intensità di cure, Hph, ospedale senza dolore, ospedale senza barriere architettoniche).



Direttrice Amministrativa
Grazia Valori

Direttrice Amministrativa dal 2022

Già direttrice del dipartimento di Area amministrativa e dell'unità operativa Politiche e gestione delle risorse umane. Professionista di grande esperienza in ambito gestionale e vanta una profonda conoscenza dell'Azienda

Dopo un'esperienza come funzionario, prima alla Regione Veneto e poi alla Regione Toscana, dal 1996 è dipendente dell'AouP e dal 1998 direttore dell'unità operativa Politiche del personale. Ha vissuto da protagonista tutte le fasi di evoluzione e trasformazione dell'Azienda, che conosce in ogni sua articolazione.

IL COLLEGIO SINDACALE

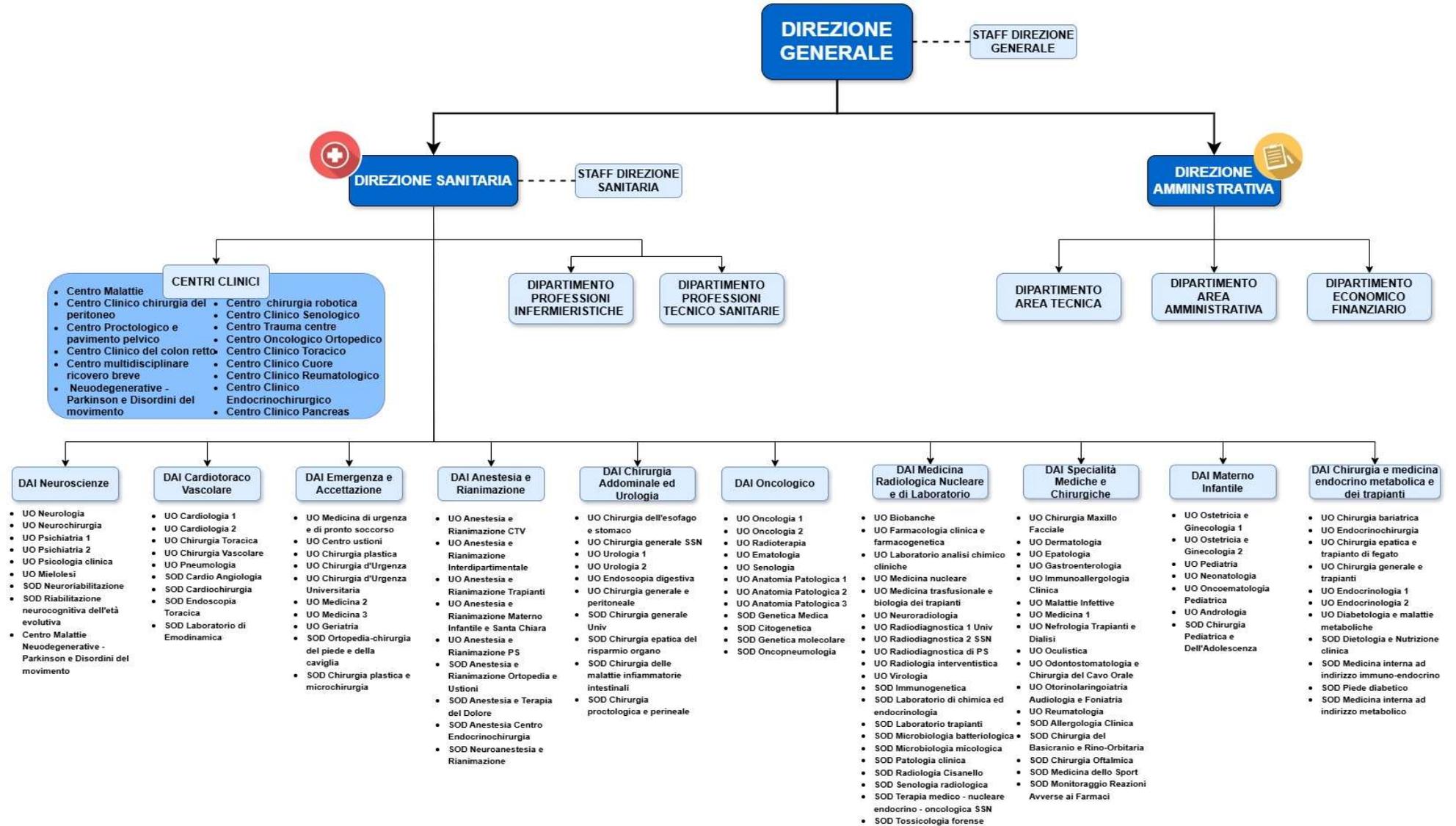
PRESIDENTE	Alessio Silvestri Regione Toscana
COMPONENTE	Nunziata Lo Pizzo Ministero dell'Economia e delle Finanze
COMPONENTE	Roberto Verona Università di Pisa
COMPONENTE	Maria Pastore Ministero della Salute
COMPONENTE	Marco Rossi Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

O.I.V. ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

PRESIDENTE	Antonella Messori
COMPONENTE	Simone Lazzini
COMPONENTE	Marco Lovo

IL COMITATO DI PARTECIPAZIONE

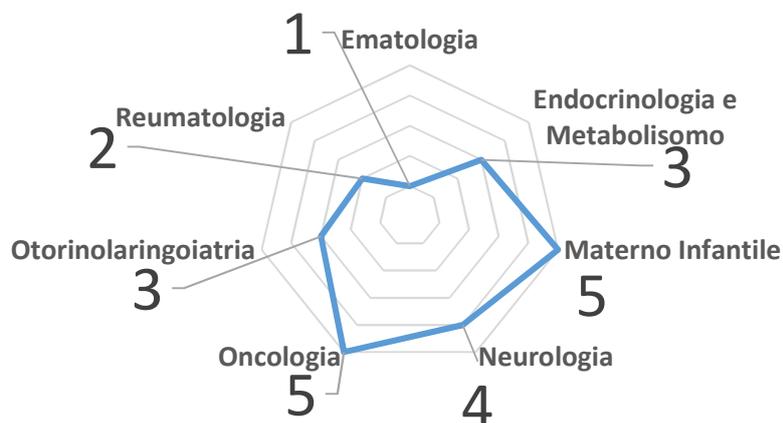
IL NOSTRO MODELLO ORGANIZZATIVO



I NOSTRI STAKEHOLDER



Organizzazioni/Associazioni Volontariato/Promozione sociale accreditate del Comitato di Partecipazione per ambito di interesse



DOVE SIAMO

L'azienda opera mediante un unico presidio a gestione diretta e articola le sue attività su due stabilimenti. Di seguito sono rappresentati gli ospedali dell'azienda e le dotazioni dei posti letto, suddivisi tra ricovero ordinario, day hospital e day surgery.

Ospedale Cisanello



Sede: via Paradisa 2
 PL Degenza ordinaria: **756**
PL Day Hospital (DH): **57**

Ospedale Santa Chiara



Sede: Via Roma 67
 PL Degenza ordinaria: **232**
PL Day Hospital (DH): **35**

DOVE SAREMO



È inoltre in atto il completamento del progetto di realizzazione edilizia del "Nuovo Ospedale Santa Chiara" (vedi foto del progetto). Gli spazi sono stati ripensati in funzione della centralità del paziente, progettando un modello di ospedale a monoblocco orizzontale, in connessione con gli edifici esistenti, con la concentrazione delle aree critiche (blocchi operatori e terapie intensive) su un unico piano in modo da garantire percorsi di continuità e intensità di cure in

edifici adiacenti fra loro, ridurre al minimo gli spostamenti esterni dei pazienti e garantire la massima flessibilità e integrazione di professionisti, discipline e posti letto. Per sovraintendere e governare i processi di trasformazione e trasferimento delle attività ospedaliere la direzione aziendale si è dotata di una Struttura di Alta Sorveglianza (SAS) alla quale ha affidato funzioni di progettazione, revisione ed implementazione delle diverse fasi attuative della nuova organizzazione operativa e logistica.



Come è oggi:



Come sarà

Il Cantiere: Avanzamento dei lavori – Novembre 2024

450
mila mq di superficie

4.000
parcheggi

15.000
persone previste al giorno

IL PROGETTO

Costo dell'investimento

Quadro economico complessivo attuale

€ 379.299.324,23

Quadro economico complessivo attuale

€ 379.299.324,23

UNIFI Università di Pisa	AOUP Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana	Totale Totale investimento
€ 32.496.356,06	€ 227.826.905,41	€ 260.323.261,

Fonte: www.e-chiaracresce.it



DESCRIZIONE DELL'OPERA

Il progetto segue un modello di ospedale a monoblocco orizzontale, con aree critiche, blocchi operatori e terapie intensive su un unico piano, così da garantire percorsi di continuità e intensità di cure negli edifici adiacenti fra loro. Una seconda parte di nuova costruzione sarà collegata al monoblocco da un attraversamento e accoglierà le degenze e il blocco operatorio. L'intervento comprende anche la creazione di ampie aree parcheggio limitrofe alle nuove costruzioni. Seguendo le varie fasi di costruzione, il sito [e-chiaracresce.it](http://www.e-chiaracresce.it) racconta le trasformazioni di tutta l'area di cantiere, mostrando un via vai ininterrotto di camion e mezzi, il lavoro continuo delle maestranze, numerose gru che svettano come simbolo del cambiamento

LA CENTRALE ELETTRICA: UN CUORE PULSANTE

La centrale di energia è il cuore pulsante del complesso ma anche una garanzia a livello di sicurezza. In caso di mancanza rete ENEL, e in assenza di energia autoprodotta dai cogeneratori, le utenze privilegiate del Polo Tecnologico saranno rialimentate tramite gruppi elettrogeni. Il sistema di gestione sarà in grado di escludere o parzializzare i carichi delle aree non vitali, garantendo comunque i servizi antincendio, centrale idrica, gas medicali.



TUTTI I NOSTRI NUMERI

ATTIVITA' DI RICOVERO	2019	2023	2024
Volume Totale	57.090	53.889	53.193
POSTI LETTO	1.134	982	988
di cui Ricoveri ordinari	46.096	41.254	40.993
Giornate di degenza	306.078	298.482	291.847
Dotazione posti Letto Ordinari	1.003	982	988
Peso medio acuti Ordinari	1,23	1,31	1,39

INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO	33.157	32.896	33.410
di cui Ricoveri in DH	7.663 <i>19,26%</i>	8.471	8.798
di cui Chirurgia Ciclo Breve o Diurna	2.278	1.637	1.701
Interventi di Chirurgia Ambulatoriale	15.545	13.622	13.913

ACCESSI DI PRONTO SOCCORSO	94.469	89.206	91.519
PUNTO NASCITA			
Numero Neonati	1.709	1.745	1.753

SPECIALISTICA AMBULATORIALE	8.168.536	8.136.088	8.176.811
Numero prestazioni di Laboratorio	6.748.885	6.668.897	6.677.460
Numero prestazioni di Diagnostica per Immagini	260.789	310.231	312.825
Numero prestazioni ambulatoriali per esterni	4.617.522	4.546.942	4.608.251
di cui Numero visite per esterni	509.854	513.928	529.621
Numero prestazioni ambulatoriali per interni	3.551.014	3.589.146	3.568.560

TRAPIANTI	264	253	333
480 Trapianto Fegato/eo Intestino	157	124	175
481- Trapianto Midollo osseo	63	88	114
302-Trapianto renale	42	31	40
512-Trapianto simultaneo pancreas\rene	4	1	3
513 Trapianto di pancreas	3	2	1

CHIRURGIA MULTI SPECIALISTICA Eseguite con TECNICA ROBOTICA	2941	3887	4059
Nr ricoveri	1302	1582	1657

CHIRURGIA ONCOLOGICA	14.682	14.854	14.734
Eseguita con metodologia Robotica	687	1.034	1.101
Ricoveri K Benigno	3.503	3.028	2.980
Ricoveri K Maligno	11.179	11.826	11.754
Volume Interventi chirurgici Tumori Tracciati in PNE	3.499	4.580	4.620

Anche l'anno 2024 ha espresso volumi di produzione importanti: sia la linea chirurgica che rappresenta la vocazione aziendale prevalente, sia la linea ambulatoriale (visite specialistiche, diagnostica per immagini e produzione laboratoristica) hanno mantenuto trends in leggera crescita attestandosi ai livelli più alti degli ultimi

anni. Nonostante i crescenti vincoli posti dal sistema alle risorse destinate all'acquisto di farmaci, dispositivi e diagnostici, l'azienda riesce a mantenere buone performance sui principali indicatori monitorati dal Nuovo Sistema di Garanzia e dal PNE.

I NOSTRI CONTI

I Dati Economici (dato al 31/12/2023)

BILANCIO CONSUNTIVO	CASO TRATTATO (Volume)	COMPLESSITA' (Punti peso)
 <p>Valore produzione ≈619 €/Mln</p> <p>Ricavi da Attività di Ricovero ≈233 €/Mln</p> <p>Ricavi da prestazioni ambulatoriali esterne (k€) ≈58 €/Mln</p> <p>Ricavi da Ticket ≈8 €/Mln</p> <p>Ricavi da FED ≈38 €/Mln</p>	<p>Valore medio (caso trattato) € 4.323 (Ricovero) € 5.222 (RO) € 1.380 (DH) € 5.541 (Ricoveri Chirurgici)</p>	<p>Valore Medio (pto DRG) € 3.935 (Ricovero) € 4.134 (RO) € 2.467 (DH) € 3.992 (Ricoveri Chirurgici)</p>
 <p>Costi della produzione ≈617 €/Mln</p> <p>Spesa Personale ≈260 €/Mln</p> <p>Spesa Farmaceutica ≈57 €/Mln</p> <p>Spesa per Dispositivi Medici ≈66 €/Mln</p> <p>Spesa per Diagnostici ≈23 €/Mln</p>	<p>Costo Medio (F19a) € 7.551 (Ricovero) Costo Medio Dispositivi € 891 (Ricovero) Costo Medio Farmaci € 416 (Ricovero)</p>	<p>Costo Medio (F19a) € 6.874 (Ricovero) Costo Medio Dispositivi € 811 (Ricovero) Costo Medio Farmaci € 379 (Ricovero)</p>

LE CERTIFICAZIONI

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana è accreditata nella sua interezza ai sensi della Legge Regionale 51/2009 secondo il modello di Accreditamento Istituzionale della Regione Toscana. Parallelamente ed in via integrativa ed integrata rispetto ai requisiti nazionali e regionali, molte strutture Aziendali si sono volontariamente certificate o accreditate secondo altri Sistemi di Qualità:

LE CERTIFICAZIONI VOLONTARIE

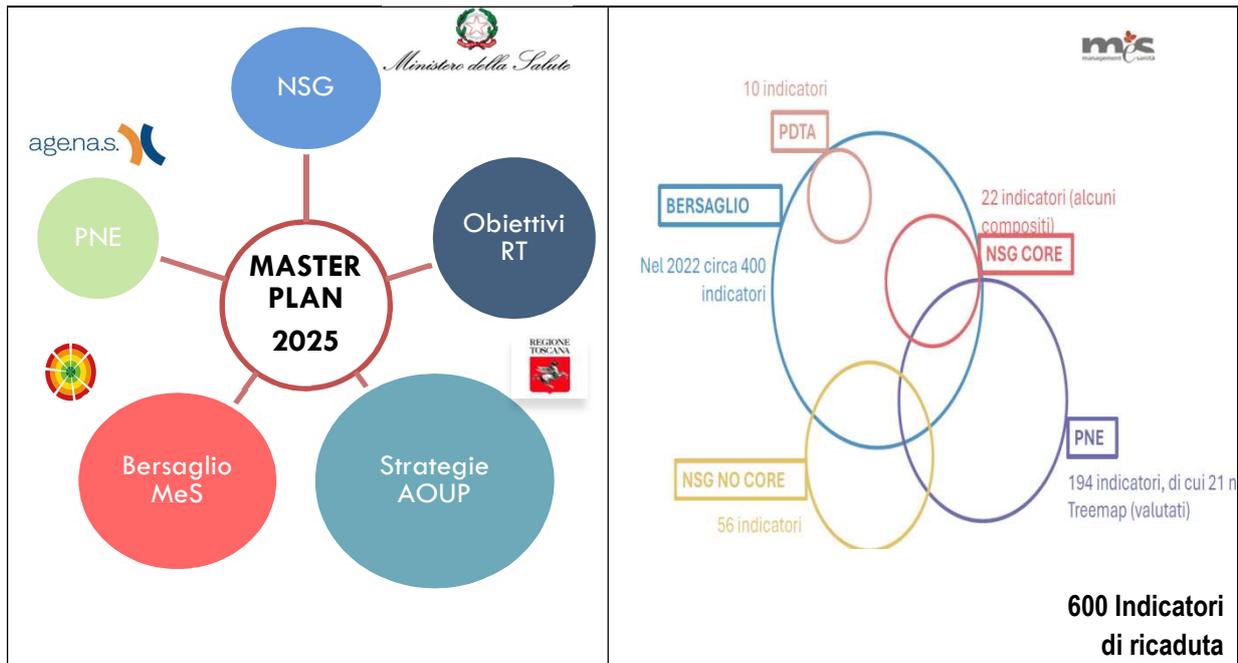
- Parità di genere (UNI PdR 125:2022)
- ISO 9001:2015 – 18 Laboratori, UO Chirurgia Epatica e Trapianti di Fegato, Centro di Farmacologia Clinica per la Sperimentazione dei Farmaci” (CFCSF)
- Autocertificazione secondo i requisiti AIFA per le strutture autorizzate a condurre sperimentazioni cliniche di Fase 1 dal 2018, Centro di Farmacologia Clinica per la Sperimentazione dei Farmaci” (CFCSF)
- Accreditamento JACIE – Programma Congiunto Trapianto CSE e Terapia Cellulare
- Accreditamento GITMO – Programma Congiunto Trapianto CSE e Terapia Cellulare
- Accreditamento con la società internazionale AMERICAN HEART ASSOCIATION –CENTRO DI SIMULAZIONE MEDICA
- American College of Surgeons (ACS)
- Accreditamento SIECVI–Società Italiana di Ecocardiografia e CardioVascular Imaging II
- Certificazione ACCREDIA secondo la Norma UNI /ISO 20387, “Biotechnologie–Biobanking – Requisiti generali per il biobanking”
- Integrated Biobank of Luxembourg (IBBL)
- Accreditamento EFI (European Federation for Immunogenetics)
- European Reference Network (ERN) – Euracan (European Reference Network on rare adult cancers – solid tumors)
- Certificazione Breast Centres secondo gli standards EUSOMA
- Onda (l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna e di genere): BOLLINI ROSA e BOLLINO AZZURRO
- Accreditamento IASIOS (International Accreditation System for Interventional Oncology Services)
- Centro Nazionale Sangue (CNS) e Centro Nazionale Trapianti

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE

2.1 Sottosezione Programmazione-Valore Pubblico

Il Valore Pubblico generato dall'azione amministrativa è genericamente inteso come l'incremento del benessere economico, sociale, educativo, assistenziale, ambientale, a favore dei cittadini e del tessuto produttivo, tenuto conto della natura, delle finalità istituzionali e statutarie dell'ente per il quale viene declinato.

Il ricorso a strumenti di misurazione esterni (set di indicatori elaborati da organismi di valutazione indipendenti quali la Regione, l'Agenzia Regionale della Sanità, il Laboratorio Mes e l'Agenzia Nazionale della Sanità - AGENAS) ed interni (cruscotti aziendali) per la valutazione dei processi, degli output e degli outcome del sistema, rappresenta un elemento fondante ed imprescindibile per ogni azienda che intenda orientare la programmazione delle attività verso i risultati attesi.



Fonte: Mes

Aoup protagonista con le altre aziende del funzionamento del Sistema Sanitario Regionale nell'esercizio della propria autonomia organizzativa, di anno in anno, affianca alle indicazioni regionali che è possibile definire "di sistema", una selezione di misure tra quelle proposte dai numerosi enti di controllo del settore¹, individuando quelle ritenute più appropriate alle proprie specificità operative e di contesto, allo scopo di comporre un panel di indicatori di esito aderenti alla propria realtà operativa in grado di tener conto anche dei risultati conseguiti nelle annualità precedenti.

Particolarmente significativa per l'anno in corso è poi sembrata l'opportunità di ricondurre le proprie strategie ai principi che ispirano obiettivi contenuti nell'agenda 2030² dello sviluppo sostenibile. Con l'obiettivo di orientare al meglio il proprio impegno sui temi della sostenibilità, massimizzando la capacità di dare un proprio contributo, l'Aoup nel 2025 utilizza come framework di riferimento gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite. Gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, Sustainable Development Goals o SDGs nell'acronimo inglese, adottati dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 2015, rappresentano, infatti, un'agenda universale per lo sviluppo sostenibile del

¹ Nell'anno 2025 gli indicatori applicabili alle aziende sono più di 600 e derivano dai sistemi di osservazione del Ministero della Salute, Regione Toscana, Agenas, Laboratorio Mes. A questi si aggiungono quelli derivati dal sistema di Controllo Interno Aziendale.

² L'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile è un **programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità**.

Sottoscritta il 25 settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri delle Nazioni Unite, e approvata dall'Assemblea Generale dell'ONU, l'Agenda è costituita da **17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile** – Sustainable Development Goals, SDGs – inquadrati all'interno di un programma d'azione più vasto costituito da 169 *target* o traguardi, ad essi associati, da raggiungere in ambito ambientale, economico, sociale e istituzionale **entro il 2030**. Questo programma non risolve tutti i problemi ma rappresenta una buona base comune da cui partire per costruire un mondo diverso e dare a tutti la possibilità di vivere in un mondo sostenibile dal punto di vista ambientale, sociale, economico

pianeta, e riguardano tematiche come la sanità, l'educazione e la parità di genere, il cambiamento climatico, il consumo sostenibile, l'innovazione e l'importanza di assicurare pace e giustizia per tutti.

Attraverso una accurata attività di analisi è emerso come l'impegno di Auop anche per la natura della sua attività, contribuisce al raggiungimento di ben 10 su 17 Obiettivi. Di seguito se ne esplicita la ricaduta diretta su ciascuna delle 7 dimensioni di valore pubblico perseguito:

Qualità della struttura ospedaliera e appropriatezza del servizio

Generazione di Valore Condiviso

Salute e Benessere dei Lavoratori

Integrità e Trasparenza ed Eticità dell'ambiente di riferimento

Accessibilità e qualità delle cure

Trasparenza e Integrità nella conduzione delle attività di Ricerca

Impronta ecologica

Qualità della struttura ospedaliera e appropriatezza del servizio

<p>Attività: Gestione del paziente in Ricovero Servizi disponibili durante la degenza Assistenza/vicinanza e accesso dei familiari Gestione adeguatezza macchinari, strumentario e attrezzature Gestione personale infermieristico e tecnico</p>		<p>StrategicKPIs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potenziamento Preams (qualità percepita episodio ricovero) • Politiche di inclusione dei Caregiver • Miglioramento della qualità dell'assistenza 	<p>SDGs</p>  	<p>Stakeholder</p> <p>Lavoratori Pazienti Collettività Istituzioni Locali</p>
<p>Impatti +</p> <p>Maggiore confort dei pazienti e miglioramento della loro salute psicologica</p> <p>Maggiore sicurezza sul lavoro</p> <p>Miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dei processi</p>	<p>Impatti -</p> <p>Possibile insoddisfazione dei pazienti e dei loro familiari</p> <p>Carenza personale infermieristico qualificato</p> <p>Carenza organizzativa</p>	<p>MISURE 2025</p> <p>Ricovero</p> <p>Estensione nei reparti dei questionari per indagine Preams Ambulatoriale</p> <p>Accessibilità estesa ai familiari di persone fragili</p> <p>Coinvolgimento Associazioni di Pazienti e Associazioni di volontariato</p> <p>Foresteria per familiari di pazienti extra regione</p> <p>Percorsi dedicati</p> <p>Promozione del percorso regionale PASS Adozione Modello Codice Rosa</p> <p>Diffusione dei modelli operativi specifici per vittime di violenza</p>		

Generazione di Valore Condiviso

<p>Attività: Gestione delle attività ed erogazione delle prestazioni sanitarie</p>		<p>StrategicKPIs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacità di copertura della domanda di servizi sanitari • Garanzia di qualità delle cure erogate garantito dal monitoraggio costante di esiti e di impatto 	<p>SDGs</p>	<p>Stakeholder</p> <p>Fornitori Lavoratori Collettività</p>
<p>Impatti +</p> <p>Efficienza e Qualità delle Prestazioni</p> <p>Efficienza e miglioramento dell'accessibilità ai servizi</p> <p>Maggiore soddisfazione dei pazienti e del personale</p>	<p>Impatti -</p> <p>Aumento della domanda di prestazioni sanitarie</p> <p>Eventuali restrizioni di budget ed impatto sulla qualità dei servizi</p>	<p>MISURE 2025</p> <p>Ricovero</p> <p>Liste d'attesa Linea Chirurgica: Smaltimento pregresso</p> <p>Rispetto delle classi di priorità Ambulatoriale</p> <p>Catchment Index nell'Area vasta Nord Ovest</p> <p>Contributo al miglioramento attraverso: Aumento Offerta Prime visite Implementazione azioni di appropriatezza prescrittiva</p> <p>Rispetto delle classi di priorità</p>	 	

Salute e Benessere dei Lavoratori

<p>Attività: Gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro Prevenzione della discriminazione di genere Promozioni di percorsi di prevenzione di genere</p>		<p>StrategicKPIs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attenzione ai professionisti ed operatori coinvolti nei processi di cure e nel funzionamento dell'ospedale anche contrastando ogni forma di discriminazione e proseguendo le azioni positive parità tra i generi • Valorizzazione delle competenze e aggiornamento continuo - Rimozione di ostacoli e crescita professionale • Sicurezza nei luoghi di lavoro • Iniziative di prevenzione per lavoratrici 	<p>SDGs</p>	<p>Stakeholder</p> <p>Lavoratori Pazienti Collettività Istituzioni Locali</p>
<p>Impatti +</p> <p>Minore incidenza degli infortuni sul lavoro</p> <p>Miglioramento benessere psicologico, della motivazione</p> <p>Miglioramento clima lavorativo</p> <p>Sviluppo e crescita professionale</p> <p>Motivazione al miglioramento delle proprie competenze</p>	<p>Impatti -</p> <p>Incidenti e near miss</p> <p>Sovraccarico di lavoro e stress</p> <p>Creazione di disparità o discriminazioni nella valutazione del personale</p> <p>Ridotto interesse dei dipendenti alla formazione ed all'aggiornamento</p>	<p>MISURE 2025</p> <p>Formazione</p> <p>Parità di genere: Corso esteso ai Direttori di Struttura e Coordinatori</p> <p>Gestione Infezioni Ospedaliere: Corso per medici infermieri ed operatori sanitari</p> <p>Spostamento Casa Lavoro</p> <p>Incentivo vs trasporto pubblici: tariffe agevolate con Comune di Pisa</p> <p>Incentivo Bike Sharing</p> <p>Incentivo Car Pooling</p> <p>Miglioramento Sicurezza ciclabile: barriere di protezione e potenziamento segnaletica della pista ciclabile Via Selli</p> <p>Protocolli interni antiviolenza</p>	    	

Integrità e Trasparenza ed Eticità dell'ambiente di riferimento

<p>Attività: Governance e condotta del business</p>		<p>Strategic KPIs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politiche di comunicazione e Accountability • Partecipazione e comunicazione dei risultati • Prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza 	<p>SDGs</p>	<p>Stakeholder</p> <p>Organismi di Governance Istituzioni locali, Nazionali Fornitori Collettività</p>
<p>Impatti +</p> <p>Creazione di fiducia e reputazione tra gli stakeholder</p> <p>Trasparenza e responsabilità con conseguente fiducia dei pazienti e degli stakeholder</p> <p>Prevenzione dei reati commessi dall'organizzazione</p> <p>Miglioramento degli standard e delle performance organizzative e gestionali</p>	<p>Impatti -</p> <p>Problemi organizzativi e gestionali</p> <p>Mancata conformità a standard etici e normative</p> <p>Sottovalutazione del rischio aziendale</p> <p>Disallineamento tra gli interessi dell'azienda e quelli degli stakeholder</p>	<p>MISURE 2025</p> <p>Accesso digitale (sito istituzionale) www.ao-pisa.toscana.it: Arricchimento della sezione Servizi on line con i collegamenti diretti ai link dei principali servizi regionali digitalizzati relativi alle prestazioni prenotabili.</p> <p>(sito dedicato al cantiere) www.e-chiaracresce.it cantiere del nuovo ospedale</p> <p>Utilizzo della rubrica “La rivoluzione della cura” attiva sul mensile “Grandi Ospedali” nella quale i lettori saranno aggiornati direttamente dai professionisti impegnati nel progetto sulle principali Innovazioni organizzative, sui Progressi architettonici e sugli Avanzamenti tecnologici.</p>	   	

Trasparenza e Integrità nella conduzione delle attività di Ricerca

<p>Attività: Ricerca clinica/scientifica Comunicazione attività di ricerca Gestione erogazione della formazione Trial Clinici Gestione delle partnership Partecipazione ai bandi e gestione dei finanziamenti</p>		<p>Strategic KPIs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorizzazione dell'attività di ricerca • Supporto amministrativo agli Studi e alle Sperimentazioni Cliniche 	<p>SDGs</p>	<p>Stakeholder</p> <p>Lavoratori Pazienti Collettività Istituzioni Locali</p>
<p>Impatti +</p> <p>Trasparenza e condivisione della conoscenza scientifica</p> <p>Attrazione di finanziamenti e investimenti in ricerca e sviluppo</p> <p>Potenziamenti sinergie per lo sviluppo di nuove tecnologie e terapie mediche</p>	<p>Impatti -</p> <p>Incidenti e near miss</p> <p>Sovraccarico di lavoro e stress</p> <p>Creazione di disparità o discriminazioni nella valutazione del personale</p> <p>Ridotto interesse dei dipendenti alla formazione ed all'aggiornamento</p>	<p>MISURE 2025</p> <p>Produzione scientifica Incremento del Field Weighted Citation Impact (FWCI)</p> <p>Ottimizzazione dei tempi di stipula dei contratti economici per gli studi profit</p>	    	

Accessibilità e qualità delle cure

<p>Attività:</p> <p>Gestione accesso dei pazienti rispetto alle politiche regionali (Tetti, liste, prestazioni)</p> <p>Gestione del Rischio Clinico</p> <p>Erogazione dei servizi di telemedicina</p> <p>Semplificazione dei processi</p> <p>Accessibilità digitale</p>		<p>Strategic KPIs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promozione ed implementazione di sistemi digitali di accesso ai servizi • Valorizzazione della Medicina di Genere • Informatizzazione delle procedure e dei servizi di gestione delle informazioni sanitarie e non • Monitoraggio Attività di Rischio Clinico • Attenzione sostegno ed inclusione dei soggetti fragili • Riduzione dell'impatto del cantiere del nuovo ospedale su pazienti ed operatori 	<p>SDGs</p>     	<p>Stakeholder</p> <p>Lavoratori</p> <p>Pazienti</p> <p>Istituzioni locali, Nazionali</p> <p>Collettività</p>
<p>Impatti +</p> <p>Miglioramento dell'accessibilità delle cure</p> <p>Accesso alle cure a distanza e riduzione di spostamenti fisici per il paziente</p> <p>Prevenzione degli eventi avversi e miglioramento della qualità delle prestazioni attraverso l'analisi e la gestione dei rischi</p> <p>Massimizzazione del valore delle prestazioni per il paziente attraverso l'ottimizzazione delle risorse disponibili</p>	<p>Impatti -</p> <p>Allungamento dei tempi d'attesa per la diagnosi ed il trattamento</p> <p>Limitazione dell'accesso alle cure per i pazienti</p> <p>Mancanza di interazione diretta col medico</p> <p>Aumento della burocrazia per la gestione della documentazione</p>	<p>MISURE 2025</p> <p>Formazione</p> <p>Fascicolo Sanitario Elettronico - Corso FAD: Estensione della partecipazione a medici e operatori</p> <p>Progetto Syllabus - Corso FAD per rafforzare le competenze digitali: Estensione della partecipazione agli operatori sanitari</p> <p>Potenziamento dell'utilizzo delle piattaforme nazionali e regionali per televisite e teleconsulti</p> <p>Attività Ambulatoriale</p> <p>Applicabilità della telemedicina ai PDA</p> <p>Digitalizzazione</p> <p>Incremento delle funzioni del FSE</p>		

Impronta ecologica

<p>Attività:</p> <p>Utilizzo sostanze chimiche e farmaci</p> <p>Diagnostica radiottiva radioterapia e radiofarmacia</p> <p>Preparazioni ed allestimenti farmaceutici</p> <p>Mensa Uffici, gestione immobiliare</p> <p>Azioni di sensibilizzazione</p>		<p>Strategic KPIs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Politiche di comunicazione e Accountability • Partecipazione e comunicazione dei risultati • Prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza 	<p>SDGs</p>	<p>Stakeholder</p> <p>Lavoratori</p> <p>Collettività</p>
<p>Impatti +</p> <p>Misure sostenibili per lo spostamento casa lavoro dei dipendenti</p> <p>Tutela dell'ecosistema di riferimento</p> <p>Azioni di efficientamento energetico buone prassi di risparmio</p> <p>Miglioramento delle performance ambientali</p>	<p>Impatti -</p> <p>Emissione gas serra</p> <p>Consumo di risorse non rinnovabili</p> <p>Consumo idrico</p> <p>Produzione rifiuti</p>	<p>MISURE 2025</p> <p>Misure Green Hospital</p> <p>Mobilità sostenibile</p> <p>Riduzione CO2 conseguente all'attivazione delle misure di potenziamento delle misure di mobilità sostenibile (car pooling e bike sharing per i dipendenti, potenziamento delle linee urbane di trasporto e realizzazione di una tramvia dalla Stazione FS per operatori ed utenti, installazione di pannelli fotovoltaici sui parcheggi per la ricarica dei veicoli elettrici)</p> <p>Ridurre il volume dei rifiuti sanitari</p> <p>Promozione di iniziative finalizzate all'incremento della quota recuperabile dei rifiuti ospedalieri.</p> <p>Promuovere un'alimentazione sana e sostenibile</p> <p>Modificare i menu del personale e dei malati al fine di ridurre il consumo di carni lavorate, grassi saturi e cereali raffinati; valorizzare i prodotti locali e coltivati con metodi biologici; eliminare le bevande zuccherate dai distributori automatici, avviare progetti di recupero degli scarti alimentari e del cibo non consumato.</p>	  	

2.2 Sottosezione Programmazione: Performance

Gli indirizzi programmatici definiti dalla Direzione Aziendale per l'anno 2025 privilegiano il principio della continuità rispetto alle azioni ed ai programmi intrapresi nelle annualità precedenti. Richiamandosi in continuità ai contenuti della deliberazione GRT n.192 del 2024 con la quale la Regione Toscana ha individuato e assegnato gli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario, i programmi tengono conto del contesto interno di operatività aziendale avvalendosi dei risultati dell'analisi (SWOT), un processo utile a cogliere le opportunità offerte dall'ambiente di riferimento prevedendone le minacce valorizzandone nel contempo i punti di forza aziendali cercando di limitarne le debolezze. E trovano espressione nel processo di Budget relativo all'annualità corrente. Le schede contenente gli obiettivi negoziati tra le Direzioni sono consultabili nella sezione performance del sito aziendale. ([Vai al sito](#))

SWOT ANALISYS 2024	 <p>Punti di forza</p>	<p>ALTA SPECIALITÀ chirurgica e medica Valorizzazione della Medicina di Genere</p> <p>Linea multidisciplinare di CHIRURGIA ROBOTICA</p> <p>ELEVATA PROFESSIONALITÀ del personale (SSN e Unipi)</p> <p>FORTE INTEGRAZIONE 3 componenti essenziali: ASSISTENZA, DIDATTICA E RICERCA</p> <p>REINGEGNERIZZAZIONE DEI PROCESSI E LEAN THINKING</p>	<p>Snodo centrale delle RETI TEMPO DIPENDENTI</p> <p>Sede di CENTRI DI RIFERIMENTO Nazionale e Internazionale</p> <p>Sede di Centri di FORMAZIONE CLINICA</p> <p>RINNOVO PARCO MACCHINE CON FONDI PNRR</p> <p>Cultura diffusa del BENESSERE ORGANIZZATIVO (Gender Equality Plan, Smart Working)</p>	 <p>Punti di debolezza</p>	<p>Vincoli di spesa sui singoli fattori produttivi (non posso aumentare i ricavi per ridurre i costi...)</p> <p>SISTEMA APPROVVIGIONAMENTO "specialistico" DA ESTAR</p> <p>ICT e PROCESSI INTERNI NON DIGITALIZZATI</p> <p>Permanenza di alcuni MODELLI ORGANIZZATIVI DI STAMPO BUROCRATICO</p>	<p>"Duplice veste" OSPEDALE DI CITTÀ/ALTA SPECIALITÀ</p> <p>COESISTENZA CANTIERE APERTO per la costruzione del nuovo Ospedale</p> <p>MODELLI DI SELF-ACCETTAZIONE</p> <p>CAPACITÀ COMUNICATIVA STAKEHOLDER</p>
	 <p>Opportunità</p>	<p>Integrazione con Università Reperimento di fondi per la ricerca e le sperimentazioni cliniche</p> <p>Rafforzamento del processo di APPROVAZIONE STUDI CLINICI</p> <p>Investimenti da fondi PNRR</p> <p>Rafforzamento INTEGRAZIONE CON TERRITORIO (NUOVO P.A.V.)</p>	<p>Il NUOVO SANTA CHIARA (smart H)</p> <p>Consolidamento e SVILUPPO DELLA SANITÀ DIGITALE</p> <p>Sviluppo e Potenziamento SERVIZI AREA AMBULATORIALE</p> <p>REVISIONE DEL PERCORSO CHIRURGICO privilegiando le eccellenze</p>	 <p>Minacce</p>	<p>RIMBORSO A PRESTAZIONE</p> <p>Trend SPESA FARMACEUTICA e per DISPOSITIVI</p> <p>Trend RISORSE PER INVESTIMENTI</p>	<p>OBSOLESCENZA TECNOLOGICA (strumentazione e attrezzatura di base)</p> <p>TURNOVER PERSONALE</p>

1.1 Linee di indirizzo Regionale 2024-2025*

*Non ancora disponibili aggiornamenti al momento della redazione del documento



Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Tipologia di controllo e responsabilità

IL SISTEMA DEI CONTROLLI

LE DIMENSIONI interne di AOUP

Sanità Digitale

- Dematerializzazione Prescrizione Specialistica
- Dematerializzazione Prescrizione Farmaceutica
- Telemedicina (teleconsulti e televisite e follow up)
- Riqualificazione Personale
- :Partecipazione Syllabus
- Riqualificazione Personale FSE
- Potenziamento ricorso alla Televisite e Teleconsulti

Efficienza della rete dei servizi sanitari

- Sostegno alla campagna vaccinale: popolazione fragile
- Riduzione della variabilità dell'offerta
- Tempi d'attesa
- Catchment index: miglioramento

Efficacia e monitoraggio degli esiti

- Valutazione Bersaglio - LabMes
- Valutazione PNE - Agenas
- Valutazione ProLeA e Prose – ARS

Sostenibilità Economica
Posizionamento di Sistema

Controlli Esterni		Controlli Interni		Le dimensioni del Piano della Performance confluite nel Budget 2024 e 2025	Fonte /Documento di Programmazione
Ministero Salute- Regione Toscana		UO Controllo di Gestione e Strutture di staff		Qualità delle cure	Piano della Performance (Anno 2024)
Ministero Salute- Regione Toscana		UO Controllo di Gestione e Strutture di staff		Qualità delle cure	Piano della Performance (Anno 2024)
Regione Toscana - Laboratorio Mes		UO Controllo di Gestione e Strutture di staff		Accesso digitale alle cure	Piano della Performance (Anno 2024)
Ministero Funzione Pubblica		Dipartimento Area Amministrativa		Formazione	Piano Formazione (Anno 2024)
Regione Toscana -				Formazione	Piano Formazione (Anno 2024) Budget 2024 e 2025
Regione Toscana -	Ars Agenas	Direzione Sanitaria e Strutture di staff		Progetti Aziendali	Piano della Performance (Anno 2024)
Regione Toscana – Laboratorio Mes	Ars Agenas	Direzione Sanitaria e Strutture di staff		Progetti Aziendali	Piano della Performance (Anno 2024) Budget 2024 e 2025
Regione Toscana - Laboratorio Mes	Ars Agenas	Direzione Sanitaria UO Controllo di Gestione e Strutture di staff		Qualità delle cure	Piano della Performance (Anno 2024) Budget 2024 e 2025
Regione Toscana Laboratorio Mes		UO Controllo di Gestione e Dipartimento Economico Finanziario UO Farmacia Ospedaliera UO Farmaceutica Dispositivi Uo Innovazione e Sviluppo Gestione Operativa		Equilibrio di Bilancio	Piano della Performance (Anno 2024) Budget 2024 e 2025

1.2a Linee di indirizzo Aziendale

Le dimensioni del Piano della Performance confluite nel Budget 2024 e 2025

Fonte /Documento di Programmazione

	Controlli Esterni	Controlli Interni		
<h3>1.Posizionamento</h3> <p>Mantenimento della Vocazione Chirurgica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linea Trapianti • Sostenibilità operative della Linea Chirurgica • Abbattimento Liste d'attesa • Linea ricovero • Linea ambulatoriale • Efficientamento Area Medica e Pronto Soccorso • Ottimizzazione Setting Area Critica • Rafforzamento Misure di Clinical Governance 	Regione Toscana Laboratorio Mes	UO Controllo di Gestione Strutture di staff Dipartimento Economico Finanziario Middle Management	OUTPATIENTS/ INPATIENTS Equilibrio di Bilancio Linea Chirurgica Linea Chirurgica Linea Ricovero Elettivo Linea Ricovero in urgenza Linea Ambulatoriale Appropriatezza accessi ICU	Piano della Performance (Anno 2024) Budget 2024 e 2025
<h3>2.Consolidamento e Sviluppo Alta Specialità e Metodiche Innovative:</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia Robotica • Innovazione Tecnologica • Digitalizzazione processi 	Regione Toscana	Direzione Sanitaria - UO Organizzazione Servizi Ospedalieri UO Controllo di Gestione Strutture di staff	Equilibrio di Bilancio INPATIENTS Linea Chirurgica Progetti aziendali	Piano della Performance (Anno 2024) Budget 2024 e 2025
<h3>3.Riorganizzazione dei modelli operativi</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione nuovi Centri Clinici (Focused Hospital) • Revisione dei modelli organizzativi Nuovo S. Chiara • Estensione del Modello di Accettazione Unica Amministrativa • Revisione dei percorsi ambulatoriali 	Regione Toscana	Direzione Sanitaria - UO Organizzazione Servizi Ospedalieri Direzione Amministrativa Uo Gestione e Politiche del Personale Cabina di regia	Progetti aziendali	<ul style="list-style-type: none"> • PFP - Piano della Formazione Professionale (Anno 2024) e Programmazione Interna • Piano della Performance (Anno 2024) Budget 2024 e 2025
<h3>4.Valorizzazione del Capitale Umano</h3> <ul style="list-style-type: none"> • Valorizzazione Aggiornamento Crescita • Definizione del Fabbisogno di Risorse Umane • Benessere lavorativo Clima Interno e Parità di genere • Aggiornamento Corsi Antincendio e Sicurezza sul Luogo di Lavoro • Corso Infezioni Ospedaliere • Corso FSE 	Regione Toscana	Direzione Sanitaria - UO Organizzazione Servizi Ospedalieri Direzione Amministrativa Uo Gestione e Politiche del Personale Organizzazioni Sindacali CUG		<ul style="list-style-type: none"> • PFP Piano della Formazione Professionale (Anno 2024) • PIANO FABBISOGNO RISORSE UMANE • PAP- Azioni del Piano delle Azioni Positive (Anno 2024) • GEP Gender Equality Plan (Anno 2024) Budget 2024 e 2025

1.2b Linee di indirizzo Aziendale

Le dimensioni del Piano della Performance confluite nel Budget 2024

Fonte /Documento di Programmazione

	Controlli Esterni	Controlli Interni		
5.Misure di Contrasto alla Corruzione e Trasparenza	Regione Toscana ANAC	UO Internal Audit Direzione Direzione Aziendale	Progetti Aziendali	(Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2024) Budget 2025
6. Accessibilità fisica <ul style="list-style-type: none"> Misure di adeguamento strutturale e di supporto alla mobilità interna nella prosecuzione dei lavori di costruzione del Nuovo Ospedale Santa Chiara Mobilità Interna Potenziamento Segnaletica e Controlli di sicurezza Mappatura Aree Interne ed Esterne del Piano dell'Accessibilità 	Regione Toscana	Dipartimento Area Tecnica UO SAS Dipartimento di Architettura della Università di Firenze	Progetti Aziendali	<ul style="list-style-type: none"> Abbattimento Barriere Architettoniche (Piano PABA) Piano attuativo Realizzazione NSC
7. Attività di internal auditing <ul style="list-style-type: none"> Piano Attuativo di Certificabilità (P.A.C.): verifica della continuità dei requisiti di certificabilità delle scritture contabili e dei bilanci, processi afferenti il Ciclo Passivo. Aggiornamento del risk assessment per i rischi illegalità / rischi contabili patrimoniali in relazione ai processi amministrativi e di supporto 	Regione Toscana	UO Internal Audit	Progetti Aziendali	Piano di Internal Auditing 2024
8.Accreditamento dei processi <ul style="list-style-type: none"> Miglioramento Continuo della Qualità e dei flussi Informativi Monitoraggio della qualità dei flussi contabili di attività Monitoraggio della qualità dei flussi di rilevazione delle attività 	Regione Toscana	Direzione Aziendale UO Accreditamento e Qualità UO Controllo di Gestione	Progetti Aziendali	<ul style="list-style-type: none"> Piano Qualità e Sicurezza Verifiche Accreditamento Volontario 2025 Programmazione Interna Gruppo Regionale Costi Gruppi Regionali Flussi
9.Valutazione dell'Impatto Ambientale <ul style="list-style-type: none"> Ossigeno terapia a domicilio Revisione percorsi vs riduzione emissione radiazioni ionizzanti 	Regione Toscana	Direzione Aziendale UO Farmacia Ospedaliera Cabina di Regia	Progetti Aziendali	Programmazione Interna Budget 2024 e 2025
10.Potenziamento dei canali di Comunicazione e Partecipazione	Regione Toscana	Direzione Aziendale, URP Comitato di partecipazione Ufficio Stampa	Progetti Aziendali	Programmazione Interna

2.3 Sottosezione di Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza

	<p>Prevenzione Corruzione Trasparenza</p>	<p>Il PIAO è lo strumento mediante il quale l'Azienda definisce le proprie strategie di prevenzione della corruzione, sia a livello complessivo che a livello di singole strutture, tenendo conto delle indicazioni fornite di tempo in tempo dall'ANAC con i Piani Nazionali Anticorruzione (PNA).</p> <p>La programmazione della strategia anticorruzione ha durata triennale ed aggiornamento 'a scorrimento', è progressivamente strutturata ed attuata con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse.</p>
<p>L'AOUN individua quali obiettivi strategici del triennio: RIDURRE le opportunità che possano dar luogo a casi di corruzione AUMENTARE la capacità di intercettare preventivamente i casi di corruzione CREARE un contesto sfavorevole alla corruzione</p>	<p>Con specifico provvedimento del Direttore Generale, aggiornato annualmente, secondo uno standard introdotto in Azienda nel 2023 sono formalizzati responsabilità, controlli e riferimenti normativo – procedurali interni in materia di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza.</p> <p>Il provvedimento contiene la trattazione dei ruoli e dell'organizzazione aziendale per la promozione della legalità e della trasparenza, le modalità di mappatura dei processi, la descrizione del processo di gestione del rischio, la descrizione delle misure annuali e pluriennali di trattamento del rischio con le relative modalità di monitoraggio; detto provvedimento costituisce attuazione del presente PIAO e ad esso si rinvia, per quanto qui non contenuto.</p>	

Strategie dell'AOUN per il contrasto alla corruzione

I punti qualificanti delle strategie 'anticorruzione' e 'trasparenza' dell'AOUN sono in continuità con quanto espresso negli anni precedenti con i documenti di pianificazione di tempo in tempo adottati:

- Sistema dei Controlli Interni (SCI) articolato su due livelli operativi ed uno di controllo generale di sistema, di competenza della funzione di internal auditing;
- Collaborazione tra il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT) e le altre funzioni di controllo interno di natura trasversale, in particolare con quelle di compliance normativa e di tutela dei diritti fondamentali del cittadino;
- Superamento dei tradizionali modelli di analisi 'formalistica' e 'lettura' dell'organizzazione aziendale mediante l'analisi di processo;
- Aggiornamento continuo delle fonti prescrittive interne (Regolamenti, Procedure Istruzioni, Policy, Protocolli) al fine di assicurare la continua messa a punto dell'impianto di controllo, in coerenza con i processi dell'accreditamento istituzionale e con le iniziative di certificazione esterna della qualità;
- Analisi continuativa dei rischi d'illegalità e 'cattiva amministrazione' per i processi e le attività aziendali, utilizzando metodi aggiornati e di natura 'qualitativa';
- Monitoraggio dei dati e dei risultati dell'azione 'anticorruzione', preferibilmente attraverso l'incontro e la consultazione diretta tra RPCT, funzioni aziendali e Direzione;
- Adozione di patti di integrità nelle procedure di affidamenti di contratti pubblici;
- Misure che impediscano a singole figure di consolidare monopoli decisionali, di informazioni o di relazioni, (rotazione del personale, quando possibile, o misure alternative);
- Utilizzo della formazione come strumento di condivisione delle strategie e degli obiettivi di promozione della legalità e della trasparenza, rafforzando al contempo le relative competenze professionali;
- Partecipazione alle forme di coordinamento anticorruzione esistenti tra Aziende del SSR e con la Regione Toscana;
- Promozione di un livello di trasparenza superiore rispetto a quello stabilito dalla normativa (D.lgs. n. 33/2013) e pubblicazione nella sezione 'Amministrazione Trasparente' / 'Altri Contenuti' del sito web aziendale, di informazioni aggiuntive a quelle obbligatorie per legge.

Le predette strategie coinvolgono tutti i dipendenti e tutti i collaboratori a qualsiasi titolo dell'AOUN, compreso il personale universitario (sia quello in regime di diritto pubblico, sia quello in regime contrattualizzato) che svolge attività di assistenza sanitaria o di supporto ad essa. I medesimi soggetti sono tenuti all'applicazione e al rispetto delle disposizioni che l'AOUN emana per l'attuazione delle stesse.

L'implementazione delle strategie e degli obiettivi relativi alla prevenzione della corruzione / trasparenza è affidata alla dirigenza e monitorata dalla Direzione, che a tal fine si avvale del RPCT; le strutture interne di controllo trasversale svolgono anch'esse funzione di monitoraggio per gli ambiti di rispettiva competenza. Le strategie per la trasparenza e per la prevenzione dell'illegalità si concretano inoltre in misure ed obiettivi specifici di carattere operativo, recepiti strutturalmente tra gli obiettivi di budget assegnati ai dirigenti aziendali e alle strutture da loro dirette, diventando così parte integrante del ciclo della performance annuale, sia organizzativa che individuale.

Di seguito sono sinteticamente descritti l'analisi del contesto esterno ed interno, il Sistema di Controllo Interno (SCI), gli elementi strutturali che contribuiscono organicamente a mitigare i rischi per l'Azienda, le strategie aziendali per la Trasparenza e gli obiettivi futuri.

Il rischio di corruzione dal contesto esterno

L'AOUP non è un ente di governo territoriale, ma un erogatore di servizi specialistici, la cui utenza proviene dall'intero territorio nazionale; senza perciò voler sottovalutare i fattori di rischio potenzialmente generati dai fenomeni criminali nell'area geografica di appartenenza, si ritiene che per l'Azienda, in ragione della sua dimensione nell'ambito economico-produttivo regionale e per il ruolo che essa gioca nella sanità e nella ricerca scientifica a livello nazionale, i principali rischi si manifestino sotto forma di 'influenze illecite o inopportune', ad opera di portatori di interessi in potenziale contrasto con la legalità e con l'interesse pubblico: pressioni per ottenere facilitazioni, favoritismi o parzialità nell'accesso alle prestazioni, alle competenze e ai saperi che sono patrimonio dei professionisti, a posti di lavoro, a risorse economiche aziendali, ai dati personali trattati dall'Azienda, contratti o collaborazioni.

L'AOUP ha recepito stabilmente nel proprio sistema di controllo interno le misure di trasparenza e di accountability previste dall'ordinamento del SSR toscano per fare argine a tale fenomeno; inoltre sottopone a verifica, sia di legittimità che di opportunità, ogni offerta o sollecitazione proveniente da parte di portatori esterni di interessi professionali o commerciali (providers di formazione, aziende proponenti sponsorizzazioni, soggetti che si offrono per collaborazioni).

Negli ultimi anni i dati statistici su crimini e delitti in Toscana hanno evidenziato un preoccupante aumento del fenomeno del riciclaggio di denaro. Seppure gli Enti Pubblici, come l'AOUP, siano stabilmente dotati di strumenti di controllo prevenzione, in quanto operatore economico di primo piano e destinataria di ingenti fondi pubblici l'Azienda attua le prescrizioni della normativa specifica, compie attività di audit interno sul fenomeno ed inserisce stabilmente misure generali e specifiche per la prevenzione.

Anche nel 2025 permarranno i previsti controlli sull'attuazione dei progetti della 'Missione 6: salute' del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nei quali l'Azienda è coinvolta come 'Soggetto Attuatore Esterno dalla Regione Toscana. L'AOUP ha introdotto un apposito spazio 'progetti PNRR' sulla pagina 'Amministrazione Trasparente / Bandi di Gara e Contratti' nel sito Internet istituzionale, con informazioni sul finanziamento/programmazione, sulle aggiudicazioni, sull'esecuzione e sul progressivo utilizzo dei fondi; continuerà ad essere resa massima visibilità all'andamento degli interventi, gli atti deliberativi ed i provvedimenti dirigenziali di attuazione dei progetti PNRR con l'indicazione nell'oggetto di una sigla identificativa. Anche per il 2025 il RPCT può essere chiamato a partecipare alle riunioni del gruppo interdisciplinare che coordina la realizzazione delle iniziative.

L'elemento di contesto in assoluto più significativo per la vita aziendale nella presente fase storica rimane la realizzazione dell'ospedale 'Nuovo Santa Chiara a Cisanello' (NSC), trattata anche nell'apposita sezione del presente PIAO. Sono costantemente aggiornati all'andamento dell'appalto sia lo spazio *Appalti & contratti* del sito Internet istituzionale, che l'Osservatorio dei Contratti Pubblici; sono pubblicati inoltre gli atti ed i provvedimenti connessi alla realizzazione del NSC in un apposito spazio informativo nel sito Internet aziendale, dal quale è possibile l'accesso ad un ulteriore e più completo sito dedicato, www.e-chiaracresce.it. I lavori di realizzazione del NSC sono ricompresi in parte nel progetto PNRR M6 C21.2 'Verso un ospedale sicuro e sostenibile' e sono quindi sottoposti anche ai controlli aggiuntivi del RPCT sull'andamento del Piano. Un presidio importante per rafforzare la legalità e prevenire fenomeni illeciti è costituito dal Protocollo di Legalità sottoscritto presso la Prefettura di Pisa nel 2020, cui si è fatto cenno in precedenza. La Società N.S.C. Hospital, costituita per l'esecuzione dei lavori per conto dell'AOUP, ha adottato un apposito Modello di organizzazione Gestione e Controllo predisposto ai sensi del D. Lgs. 8.6.2001 n. 231.

Il contesto interno: la mappatura dei processi

Il contesto interno dell'AOUP è leggibile attraverso l'Atto Aziendale, i documenti aziendali di programmazione, le relazioni sulla gestione allegate al Bilancio di Esercizio; per il quadro aggiornato si rinvia alle Sezioni 1 e 3 del presente PIAO.

Dall'analisi del contesto interno si sviluppa la mappatura dei processi, che consiste nell'individuare le funzioni e le attività svolte dall'Azienda con le connesse responsabilità, e definisce l'ambiente di controllo entro cui viene sviluppata la valutazione del rischio illegalità. La 'mappatura dei processi' a rischio illegalità è formalizzata con il Catalogo dei Processi, Documento Organizzativo Aziendale / D.O.A. 05, aggiornato ogni anno, al quale si rinvia.

Il Sistema di Controllo Interno (SCI)

Come sancito da una nuova e recente riformulazione dello statuto aziendale (art. 63) l'AOUP ha articolato i propri controlli interni su (a) un livello di controlli 'di linea', assicurati dai responsabili delle unità operative, diretti ad assicurare l'efficace, efficiente e legittimo svolgimento dei processi; (b) un livello di controlli trasversali a più processi, in materia di prevenzione e gestione dei rischi, di andamento della gestione e governo delle risorse, di compliance normativa, qualitativa e professionale, di coerenza tra operatività e obiettivi: tali controlli sono affidati a strutture o funzioni con specifiche competenze, diverse da quelle direttamente impegnate nei processi operativi e produttivi. es. OIV, Collegio Sindacale,

Controllo di Gestione, Risk Management, Responsabile Protezione Dati Personali RPCT. La funzione aziendale di internal auditing è partecipante dal punto di vista operativo di funzioni di controllo del 'secondo livello', ma principalmente è incaricata di valutare la funzionalità del SCI nel suo complesso.

Il processo di gestione del rischio di corruzione e illegalità nell'AOUP

Il processo di gestione del rischio illegalità amministrazione è lo strumento utilizzato dall'Azienda per la riduzione delle probabilità che si verifichino eventi corruttivi e siano assicurati nel complesso il buon andamento e l'imparzialità delle attività aziendali. In conformità con i Piani Nazionali Anticorruzione il processo si articola nelle fasi di mappatura, valutazione, trattamento del rischio. La mappatura dei rischi è costituita dal citato Catalogo dei Processi, D.O.A. 05. La valutazione del rischio, o risk assessment, è la fase in cui il rischio è identificato, analizzato e confrontato con altri rischi per individuare l'esatta natura ed i riflessi ed il livello di esposizione di un processo. L'individuazione dei potenziali rischi avviene attraverso le fonti informative interne esistenti (es. dati sul contenzioso giudiziale, sui reclami, sui procedimenti disciplinari, provvedimenti di autotutela amministrativa), mediante le attività dell'internal auditing e delle altre funzioni di controllo trasversale. L'AOUP sintetizza le fattispecie di rischio individuate nelle proprie attività attraverso il Catalogo dei Rischi di illegalità, Documento Organizzativo Aziendale / D.O.A 16, anch'esso aggiornato ogni anno, e al quale di nuovo si rinvia.

Le modalità con le quali l'AOUP valuta il livello di rischio e definisce le conseguenti priorità di trattamento sono descritte in una apposita Procedura Aziendale, la PA 231 Gestione dei rischi di illegalità e di cattiva amministrazione, fondata su criteri di valutazione prevalentemente 'qualitativi', come prescritto dall'ANAC; prevede l'analisi di ciascuna fase di processo, l'individuazione dei rischi specifici per fase, una valutazione del livello (basso, medio, rilevante, alto) di presenza di rischi illegalità e l'individuazione di eventuali interventi correttivi. All'analisi del rischio si affianca anche una valutazione strutturata dei controlli che in ogni fase di processo sono previsti a presidio del rischio, al fine di valutarne la maggiore o minore 'robustezza' e l'opportunità di interventi di rafforzamento.

Il trattamento del rischio illegalità avviene individuando misure di prevenzione e riduzione del rischio, programmandone l'attuazione e verificandone periodicamente i risultati. Maggiore è il livello di rischio, più alta è la priorità, ma tale criterio è temperato anche con un principio di 'prudenza', che porta in alcuni casi a introdurre misure di prevenzione anche a prescindere dal livello di rischio rilevato e considerando altri fattori che possono rendere 'critico' un processo aziendale (es. l'ampiezza delle risorse economiche movimentate, l'expertise maggiore o minore del personale addetto, eventuali criticità rilevate attraverso le attività di internal auditing, particolare attenzione raccomandata dall'ANAC o da altri organi di controllo es. Corte dei Conti). Le misure di prevenzione dell'illegalità si distinguono, secondo uno standard introdotto da ANAC e ormai definito nelle politiche 'anticorruzione' degli Enti Pubblici, in 'misure specifiche' e 'misure generali'; esse sono formalizzate con la delibera annuale citata all'inizio del paragrafo.

Punti di forza del sistema anticorruzione AOUP

Oltre alla struttura a più livelli dello SCI l'AOUP presenta alcuni elementi strutturali, determinati sia dal modello di governance che da autonome scelte strategiche ed organizzative, che contribuiscono strutturalmente a mitigare i rischi di possibili influenze esterne illecite o inopportune, e che sono ormai ben radicati nel contesto della sanità pubblica regionale:

- la maggior parte delle attività aziendali è presidiata da norme di legge, sia statali che regionali;
- viene presidiato e sviluppato un articolato sistema di regolamentazione interna (Regolamenti, Procedure, documenti in generale del Manuale di Qualità Aziendale); le proposte relative a nuova regolamentazione sono prevalentemente bottom-up, con ampi margini di impulso e iniziativa da parte dei professionisti interni;
- nella quasi totalità dei processi aziendali sia sanitari che di supporto, sono utilizzati applicativi informatici gestionali che garantiscono la tracciabilità delle operazioni e dei soggetti responsabili;
- il Sistema Qualità / Accreditamento nazionale e regionale è ormai consolidato da un ventennio;
- l'Azienda, come tutte le altre facenti parti del Servizio sanitario toscano, è soggetta a revisione contabile esterna ed ha conseguito la certificazione di bilancio;
- la performance è soggetta a valutazione esterna nell'ambito del monitoraggio delle Aziende del Servizio Sanitario della Toscana da parte del laboratorio Management e Sanità (M&S) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
- è strutturata la valutazione del rischio di esposizione all'illegalità dei processi e delle attività, effettuata dal RPCT e dalla U.O. Internal Audit che ne costituisce la struttura di supporto.
- l'iter di formazione e di attuazione delle decisioni, i controlli, le varie fasi di processo si svolgono sotto la diretta responsabilità dei dirigenti preposti alle strutture aziendali, nel rigoroso rispetto della legge e delle norme di trasparenza vigenti per la Pubblica Amministrazione per il sistema sanitario pubblico.
- come previsto dalla normativa regionale, che introduce anche meccanismi atti a prevenire ogni confusione di ruoli e funzioni, un ruolo attivo di vigilanza e collaborazione è esercitato dalle organizzazioni di Volontariato e rappresentanza

civica; queste ultime collaborano sulla base di specifiche convenzioni bilaterali e attraverso il Comitato di Partecipazione (COPART), la cui attività è disciplinata da un Protocollo d'Intesa, e che costituisce uno strumento importante di trasparenza nei rapporti con l'utenza e la società civile in generale.

La trasparenza: politiche; programmazione; monitoraggio

Secondo quanto prescrive l'art. 1 del Dlgs n.33/2013 la Trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La Trasparenza è una misura fondamentale di prevenzione della corruzione, e concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione.

Le prescrizioni in materia contenute nel D.lgs. 33/2013 concorrono a determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

Costituendo la trasparenza "un elemento essenziale per la lotta alla corruzione e all'illegalità", la pubblicazione dei dati e delle informazioni sui siti istituzionali è attività imprescindibile per consentire un'effettiva conoscenza dell'azione delle pubbliche amministrazioni e per sollecitare e agevolare la partecipazione dei cittadini all'attività amministrativa.

La trasparenza favorisce la partecipazione dei cittadini all'attività delle pubbliche amministrazioni ed è funzionale allo scopo di:

- sottoporre a controllo ogni fase del ciclo di gestione della performance;
- assicurare la conoscenza, da parte dei cittadini, dei processi svolti nelle pubbliche amministrazioni e dei servizi resi;
- prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità;
- aprire al cittadino l'attività amministrativa allo scopo di evitare l'autoreferenzialità della pubblica amministrazione;
- assicurare il miglioramento continuo dei servizi pubblici resi alla cittadinanza, da realizzare anche con il contributo partecipativo dei portatori di interesse (stakeholder).

Attraverso la trasparenza si conseguono i seguenti obiettivi:

- l'accountability, cioè la responsabilità della pubblica amministrazione sui risultati conseguiti;
- la responsività, cioè la capacità di rendere conto di scelte, comportamenti e azioni e di rispondere alle questioni poste dagli stakeholder;
- la compliance, cioè la capacità di far rispettare le norme, sia nel senso di finalizzare l'azione pubblica all'obiettivo stabilito nelle leggi sia nel senso di fare osservare le regole di comportamento degli operatori della pubblica amministrazione.

Corollario e strettamente collegato al diritto di ogni cittadino a ricevere informazioni comprensibili, chiare e complete sull'attività della pubblica amministrazione è lo strumento dell'accesso civico, di cui due sono le forme previste dalla vigente normativa in materia di trasparenza:

- 1) il diritto di accesso civico c.d. semplice, già previsto nella originaria versione del D. Lgs. n. 33/2013, in base al quale tutti "i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente devono essere resi accessibili all'accesso civico".
- 2) il diritto di accesso civico c.d. generalizzato, introdotto dall'art. 6 del D. Lgs. n. 97/2016, consistente in un sistema generale di pubblicità che assicura a tutti un ampio accesso alle informazioni detenute dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelle oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Per favorire il perseguimento dei succitati scopi, nell'ottica di perseguire un livello di trasparenza più ampio, l'AOUP ha deciso di pubblicare dati e informazioni ulteriori e aggiuntivi rispetto a quanto reso strettamente obbligatorio dalla normativa (D.Lgs.n.33/2013). Tali informazioni sono pubblicate nella sezione 'Amministrazione Trasparente' della home-page del sito web aziendale, nella sottosezione 'Altri Contenuti' - "Dati Ulteriori".

Necessita di essere evidenziato che a partire dal 01 gennaio 2024, a seguito dell'entrata in vigore del "Nuovo codice appalti" di cui al Dlgs 36/2023 e dell'emanazione delle Delibere ANAC in materia, tra le quali la Delibera n. 264 del 20 giugno 2023 come modificata e integrata con delibera n. 601 del 19 dicembre 2023, è entrata in vigore la digitalizzazione integrale del ciclo degli appalti per cui tutte le fasi e le informazioni relative al ciclo di vita degli stessi contratti sono visibili e consultabili nella Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) sul sito dell'ANAC.

Pertanto, a seguito della digitalizzazione dei contratti pubblici, a partire dal 01 gennaio 2024, gli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente sono assolti attraverso l'invio delle richieste informazioni dei contratti pubblici alla BDNCP presso l'ANAC.

Per tale motivazione in AOUP è stata impostata una nuova sottosezione denominata “Procedure avviate a partire dal 01/01/2024” all’interno della sezione “Bandi di Gara e Contratti, in Amministrazione Trasparente, all’interno della quale sono state indicate le modalità per accedere alla BDNCP e quindi indirizzare il pubblico ad accedere alle informazioni relative ai contratti di AOUP avviati a partire dal 01 gennaio 2024.

Relativamente alla tematica delle procedure contrattuali, merita di essere sottolineato il perdurare dell’impegno dell’AOUP nel continuare ad assicurare la giusta trasparenza ai progetti della ‘Missione 6: salute’ finanziati con risorse del Piano di Ripresa e Resilienza (PNRR) che si sostanzia in:

apposito spazio ‘progetti PNRR’ sulla pagina ‘Amministrazione Trasparente / Bandi di Gara e Contratti’ in cui si pubblicano le informazioni principali relative ai progetti finanziati con risorse PNRR nei quali l’Azienda è coinvolta come ‘Soggetto Attuatore Esterno’ dalla Regione Toscana;

atti deliberativi e provvedimenti dirigenziali relativi all’attuazione dei progetti PNRR, pubblicati sull’Albo Aziendale, contrassegnati nell’oggetto da una sigla identificativa del PNRR, della ‘Missione 6: salute’ e del progetto per realizzare il quale sono stati adottati.

Inoltre è importante sottolineare che nel corso del 2024 l’ANAC con la Delibera n. 495 del 25 settembre 2024, ha introdotto nuovi schemi di pubblicazione relativi all’ utilizzo delle risorse pubbliche; all’organizzazione delle pubbliche amministrazioni e ai controlli sull’organizzazione e sull’attività dell’amministrazione, concedendo 12 mesi di tempo alle pubbliche amministrazioni per adeguarsi alle nuove prescrizioni.

Nell’inserimento dei dati e delle informazioni in “Amministrazione Trasparente”, secondo quanto previsto dal Dlgs 33/2013, permane in AOUP la modalità diffusa di pubblicazione secondo quanto previsto dalla Delibera del Direttore Generale dell’AOUP n.1172/2016 oltre che dai vari Piani di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell’AOUP.

Pertanto ai singoli responsabili delle strutture aziendali dove i dati e le informazioni vengono generati e/o gestiti, secondo quanto previsto dal D.lgs. 33/2013, è stata affidata la responsabilità della pubblicazione nella sottosezione denominata “Amministrazione Trasparente” della home-page del sito web dell’AOUP.

Le strutture competenti e responsabili della pubblicazione dei dati in “Amministrazione Trasparente” sono individuate specificatamente nell’allegato D 5 alla delibera aziendale che annualmente documenta il sistema di controllo e misure per la prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza

Obiettivi

Per il 2025 la Direzione Aziendale ha individuato i seguenti obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e trasparenza tenendo conto degli esiti dell’attività di monitoraggio sul precedente PIAO.

Per quanto riguarda la prevenzione della corruzione:

- migliorare il risk assessment e le fasi del processo di gestione dei rischi in funzione delle risorse disponibili. Sarà data ancora priorità all’analisi dei processi appartenenti alle aree a maggior rischio corruzione individuate da ANAC con particolare riferimento a quelli rilevanti per l’attuazione degli obiettivi del PNRR e per la gestione dei fondi strutturali.
- Nell’ambito dei processi che riguardano l’affidamento e l’esecuzione di contratti pubblici, continuerà l’opera di integrazione delle misure previste dal PNA 2022 e dal successivo aggiornamento 2023/2024, sulla base della loro sostenibilità economica e organizzativa.
- Divulgazione del Regolamento Aziendale RA 60 “GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI NELLE ATTIVITA’ DELL’AOUP”, adottato con Delibera del Direttore Generale n. 1376 del 23/12/2024, che ha sostituito il precedente Documento Organizzativo Aziendale DOA 09 “Policy sulla Gestione del Conflitto di Interessi nelle attività dell’AOUP”.
- Progressivo utilizzo dei nuovi moduli di dichiarazione di assenza ipotesi di conflitto di interessi, di assenza di ipotesi di inconferibilità e incompatibilità allegati al nuovo Regolamento Aziendale RA 60 “GESTIONE DEL CONFLITTO DI INTERESSI NELLE ATTIVITA’ DELL’AOUP”, adottato con Delibera del Direttore Generale n. 1376 del 23/12/2024.

Per quanto riguarda la trasparenza amministrativa:

- Per il 2025 l'obiettivo è quello di continuare a migliorare progressivamente la qualità del processo di pubblicazione su tutti gli aspetti richiamati dalla norma anche attraverso una maggiore collaborazione di tutti i soggetti aziendali coinvolti.
- In particolare nel corso del 2025 sarà data attuazione alla succitata Delibera ANAC n. 495 del 25/09/2024 ha introdotto nuovi schemi di pubblicazione relativi all' utilizzo delle risorse pubbliche; all'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione
- Inoltre, in base alle risorse disponibili, si cercherà di rendere ancora più efficace ed efficiente l'attività di monitoraggio e controllo sui dati, documenti e informazioni pubblicati.
- Ed infine, considerato che nell'ambito dell'attività di riorganizzazione aziendale per cui alcune funzioni sono state spostate da una struttura all'altra, saranno ridefiniti e riassegnati gli obblighi di pubblicazione in capo alle varie strutture in modo che sia garantita la continuità di pubblicazione dei dati e delle informazioni previste dal Dlgs 33/2013.

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. Sottosezione di Programmazione Struttura Organizzativa

Attraverso la pianificazione strategica la Direzione Aziendale definisce gli obiettivi annuali e triennali, oltre alle strategie per il loro raggiungimento, avvalendosi dei responsabili delle strutture dipartimentali ed anche attivando gruppi di lavoro dedicati in funzione delle specifiche materie da trattare.

Il modello privilegiato di gestione delle attività aziendali trova applicazione nella tipica configurazione dipartimentale sia per le componenti prettamente sanitarie sia per le componenti infrastrutturali e di supporto che identificano l'organizzazione dell'ospedale.

La struttura organizzativa può essere definita come un sistema che

- delinea come certe attività sono dirette per raggiungere gli obiettivi di un'organizzazione. E le attività possono includere regole, ruoli e responsabilità.
- determina come le informazioni si muovono all'interno dell'organizzazione.

Sotto il primo profilo l'Azienda, come disciplinato nel proprio statuto, è organizzata in Dipartimenti e nel suo organigramma risulta articolata in:



*10 DAI assistenziali,
3 dipartimenti tecnico amministrativi e
2 dipartimenti professionali e
4 coordinamenti funzionali.*

I Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) conferiscono all'azienda una dimensione flessibile e dinamica nella sua articolazione. Ad essi afferiscono le Unità Operative, strutture complesse e semplici, i Centri Clinici ed i Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA)

L'articolazione organizzativa dell'AOUP è rappresentata nel collegato allo Statuto, nel quale, previa intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Pisa limitatamente ai Dipartimenti ad attività integrata, alle strutture complesse a direzione universitaria che li compongono ed alle articolazioni a responsabilità universitaria, vengono definite le strutture organizzative aziendali, coerentemente con indicazioni programmatiche regionali e gli standard definiti nel DM 70/215.

I modelli organizzativi verticali

Il Dipartimento (ex Dlgs. 502/92)

Il Dipartimento è una struttura sovraordinata rispetto alle strutture operative relativamente agli aspetti gestionali loro assegnati.

rappresenta la configurazione organizzativa tipica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria ed associa discipline e funzioni assistenziali tra loro affini e complementari, integrandole con le funzioni di didattica e ricerca dei dipartimenti di Medicina e Chirurgia dell'Università (DAI).

I modelli organizzativi trasversali

Il Centro Clinico è una forma organizzativa ad alta specializzazione dotata di autonomia gestionale che per il suo funzionamento richiede l'integrazione ed il forte coordinamento di più strutture operative.

Caratterizzato dalla omogeneità della linea produttiva e dall'alto volume di attività realizzato, ottimizzando i percorsi di cura dei pazienti trattati, consente l'ottimizzazione dell'uso delle risorse ad essi destinate.

Al fine di garantire la massima qualità ed efficienza del servizio e conseguentemente realizzare uguale o maggiore produttività e minori costi per unità di prodotto nonché uguale o maggiore capacità attrattiva l'Azienda intende dotarsi di Centri Clinici". (ex.art.31 Atto Aziendale AOUP)

I PDTA, conosciuti anche come percorsi critici, percorsi assistenziali, percorsi di assistenza integrata, piani di gestione dei casi, percorsi clinici o mappe di assistenza, sono strumenti gestionali utilizzati per pianificare e seguire in modo sistematico un programma di assistenza centrato sul paziente.

"Per specifici percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali, caratterizzati da elevato bisogno di multidisciplinarietà e integrazione professionale, possono essere costituiti centri di coordinamento e direzione funzionale la cui responsabilità è attribuita dal direttore generale ad un direttore delle unità operative facenti parte del percorso ove coinvolte più UUOO o ad un dirigente sanitario del più alto livello professionale nel caso di organizzazioni formate da soli professionisti, senza afferenze dirette delle unità operative". (ex art.63 L.n.84/2015)

Il D.A.I. è istituito in base alla casistica attesa ed all'omogeneità o affinità delle funzioni operative necessarie a garantire, in via prioritaria, l'omogeneità e l'affinità dei percorsi assistenziali in coerenza con la programmazione della didattica e della ricerca, nel rispetto del D.lgs. 517/1999 e s.m.i., all'affinità di patologie, di casistiche o di attività, alla specificità dell'organo, apparato o distretto anatomico, od ancora al criterio dell'intensità e la rapidità della cura.

In ottemperanza alle disposizioni della legge n. 84/2015, che individua i criteri di riordino dell'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario regionale, l'AOUP ha integrato la configurazione dipartimentale con i centri clinici ed i percorsi, che, ottimizzando la gestione dei processi di cura erogati, rappresentano nuove configurazioni organizzative trasversali alle strutture, meglio rispondenti alla diversificazione del bisogno di cura espresso da particolari patologie e/o categorie di pazienti.

Nell'esperienza di AOUP le norme richiamate, in realtà, hanno solo sancito la formalizzazione di un modello organizzativo già avviato da tempo che testimonia a tutti i livelli la forte volontà di rinnovarsi ed innovare con modalità integrate di erogazione di servizi sanitari, riconoscendole come strategie da privilegiare per la gestione di bisogni sanitari sempre più complessi ma che si sforzano di mantenere la centralità della persona e la personalizzazione della cura.

I centri clinici ed i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) che hanno trovato progressiva collocazione nelle strategie aziendali ad oggi sono:

I CENTRI CLINICI



Set di professionisti e discipline focalizzati sulla condizione clinica specifica ("focus hospital")

Attività dei professionisti dedicata alla patologia nel Centro Clinico e nel Percorso

Direttore responsabile del risultato finale per cui nasce quell'organizzazione

I Centri Clinici e i Percorsi sono regolati attraverso un sistema di accordi di servizio che garantisce l'erogazione dei servizi e prestazioni da parte delle strutture che partecipano al Centro o al Percorso

- CENTRO MULTIDISCIPLINARE CHIRURGIA ROBOTICA
- CENTRO MULTIDISCIPLINARE RICOVERO BREVE
- CENTRO CLINICO SENOLOGICO
- CENTRO CLINICO ENDOCRINOCHIRURGICO
- CENTRO ONCOLOGICO ORTOPEDICO
- CENTRO PROCTOLOGICO E PAVIMENTO PELVICO
- TRAUMA CENTER
- CENTRO CLINICO CUORE
- CENTRO CLINICO CHIRURGIA DEL PERITONEO
- CENTRO CLINICO PANCREAS
- CENTRO CLINICO TORACICO
- CENTRO MALATTIE NEURODEGENERATIVE – PARKINSON E DISORDINI DEL MOVIMENTO

Percorsi Diagnostico Terapeutici ATTIVI

PDTA Miastenia	PDTA Melanoma cutaneo
PDTA Interaziendale per pazienti affetti da SLA in fase avanzata	PDTA Coagulopatie
PDTA Melanoma oculare	PDTA Chirurgia epatica
PDTA Disforia di genere	PDTA Malattie infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)
PDTA Labio palatoschisi	PDTA Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)
PDTA Interstiziopatie polmonari	

Centro Risorse Biologiche

Biobanca Multi specialistica, l'obiettivo di *biobancare* materiale biologico relativo alle discipline di maggior rilievo in ambito sanitario, una piattaforma trasversale integrata di servizio per le strutture presenti all'interno dell'AOUP e per istituzioni esterne con finalità scientifiche e assistenziali

3.2 Il Capitale Umano nelle Fonti della Programmazione Aziendale

IL CAPITALE UMANO: LE PERSONE AL SERVIZIO DELLE PERSONE

Le risorse umane costituiscono una parte fondamentale del capitale investito, la parte vivente e dinamica di una organizzazione, che necessita di apposite analisi e percorsi metodologici appropriati tendenti a focalizzare, misurare e potenziare il grado del loro valore.

Per quanto il contesto sanitario resti fortemente vincolato alle azioni decise a livello regionale, le politiche di pianificazione e sviluppo del personale assumono una importanza strategica nelle aziende caratterizzate dalla maggioranza di personale front line che eroga servizi a contatto con l'utenza e spesso costretto a prendere decisioni di grande rilievo in poco tempo per il buon esito della cura

Il personale



I dipendenti, complessivamente considerati, sono circa cinquemila con un'età media che, pur essendo abbastanza bassa, tende ad aumentare negli anni per effetto delle politiche restrittive sulle nuove assunzioni.

La composizione del personale SSN risulta sostanzialmente in linea con quella degli anni precedenti.

L'analisi dei dati conferma la presenza maggioritaria femminile (circa il 70% del totale).

Anche l'intera direzione aziendale, è composta da sole donne.

Il personale dell'AOUP è costituito dai dipendenti del S.S.N. e dai dipendenti universitari convenzionati che prestano attività assistenziale o di supporto alla stessa, nonché da tutte le risorse umane che, in base ad un rapporto formale, contribuiscono all'espletamento della missione aziendale, nel rispetto dei vincoli giuridico-economici nazionali e regionali. Ai professori e ricercatori universitari convenzionati, e figure equiparate di cui all'art. 5 del D. Lgs. 517/1999 e s.m.i. che partecipano all'attività assistenziale, nonché al personale di supporto, si applicano, fermo restando il proprio stato giuridico, per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale le norme per il personale del S.S.N. La dotazione organica di AOUP ha, per natura, composizione mista in quanto è caratterizzata da unitarietà strutturale e logistica tra SSN e Università (D.lgs. 517/99). Maggiori elementi di dettaglio relativi alla tipologia di contratti attivati ed ai programmi di assunzione e turnover del personale sono contenuti nell'allegato al Piano del Fabbisogno del personale (vedi infra §3.3 pag.37).

Il Personale SSN

Dipendenti

4.790

di cui

Dirigenti Sanitari

982 di cui

-dirigenza medica 878

-dirigenza sanitaria 104

Dirigenti Amministrativi

15

Comparto Sanitari

2.608

Comparto Tecnici

861

Comparto Amministrativi

317

Il Personale UNI

Dipendenti

229

di cui

Dirigenti sanitari

183

Comparto Sanitari

30

Comparto Tecnici

11

Comparto Amministrativi

4

La Programmazione Aziendale

Programmi e Progetti finalizzati

- alla valorizzazione professionale delle risorse umane
- alla regolamentazione, aggiornamento e semplificazione delle procedure di accesso (reclutamento)
- al riconoscimento (criteri di assegnazione funzionale e professionale)
- alla crescita individuale e collettiva (programmazione progressioni di carriera ed accesso agli incarichi e formazione costante)
- alla promozione di una sempre più piena ed effettiva parità di genere tra i lavoratori, espandendo in tal senso la nozione di 'pari opportunità', già consolidata anche nello Statuto Aziendale

Le fonti principali che consentono l'articolazione dei contenuti di questa sottosezione derivano da più documenti di programmazione a cui si rinvia per completezza negli allegati del presente atto.

Piano Performance

(Criteri di premialità individuale e collettiva)

Piano degli obiettivi di Budget assegnabili alle strutture afferenti al Dipartimento Area Amministrativa ed alla Direzione Sanitaria)

Piano strategico per la parità di genere (DPA 09 UNI /PdR 125: 2022), che ingloba dal 2024 il *Piano Triennale delle Azioni Positive (DPA07)* ed il *Piano Triennale Uguaglianza di Genere (DPA 08) Gender Equality Plan – GEP*

Piano Annuale della Formazione

Piano Aziendale Qualità e Sicurezza delle cure PSCL 2025

Piano Strategico per la parità di genere

Fonti normative:

Legge 5.11.2021 n. 162, e della Prassi di Riferimento UNI /PdR 125: 2022 'Linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere' sulla base di specifici key performance indicators sulle politiche di parità di genere nelle organizzazioni

Finalità: Il Piano strategico per la parità di genere è un documento che raccorda e coordina destinato con i key performance indicators della prassi UNI/PDR 125:2022 i documenti aziendali adottati prima del 2024 secondo le normative vigenti (PAP, Decr. Legisl. n. 198/2006 'Codice delle pari opportunità'; GEP);

Il Piano strategico per la parità di genere dà conto dell'analisi del rischio discriminazione, delle azioni con le relative tempistiche di azione, delle risorse a ciò finalizzate.

Si tratta di scelte strategiche in linea con la naturale evoluzione del concetto di 'pari opportunità', che da una mera 'attenzione alla condizione della donna' si è sviluppato verso una revisione generale dei fattori dell'organizzazione, comprendendo come l'estensione della parità di genere favorisca un clima interno più collaborativo e sereno, una sempre migliore utilizzazione delle competenze di ognuno e di conseguenza maggiore economicità, efficienza ed efficacia delle attività.

Al Piano strategico per la parità di genere, al PAP, al GEP contribuisce con continuità il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni nel lavoro (di seguito CUG) dell'Azienda, recentemente rinnovato con Delibera Dir. Gen. n. 820 del 19.8.2024.

OBIETTIVI 2025

- **Mantenimento dei requisiti di certificazione della Parità di Genere** conseguita il 21/10/2024 ai sensi della. Per l'AOUP la certificazione costituisce il riconoscimento delle politiche e delle misure concrete adottate contro il divario di genere nelle opportunità professionali, nel trattamento economico a parità di mansioni, nella gestione del personale, nel sistema premiante, nella tutela della genitorialità.

- **Adozione del Bilancio di Genere**, da predisporre utilizzando un apposito applicativo software acquisito dall'Azienda

- **Attuazione ed aggiornamento progressivo del Piano strategico per la parità di genere (DPA09)**, secondo quanto prescritto dai requisiti di certificazione della Prassi UNI/PDR 125:2022.

Piano di Comunicazione di Genere

Previsto nel Piano Strategico per la parità di genere

- **Identifica le parti interessate** con le quali instaurare una comunicazione rispetto ai temi della parità di genere, sia in ambito lavorativo che verso l'esterno dell'Azienda.
- **Ricorre alla diversificazione e all'integrazione dei canali**, per massimizzare la portata e l'efficacia del messaggio nel suo complesso.

Si utilizzeranno principalmente incontri informativi in presenza aperti alla popolazione e ai dipendenti,

il sito web aziendale,

i comunicati stampa,

la diffusione di infografiche e video;

Nel triennio si effettueranno adattamenti e aprendo all'utilizzo di altri strumenti (social media, blog, altre tecnologie).

Piano Aziendale della Qualità e Sicurezza delle cure

Il piano Aziendale Qualità e Sicurezza delle cure è un piano che ha lo scopo di definire gli obiettivi di qualità e sicurezza individuando:

- le priorità e le azioni di miglioramento
- i principali rischi per la sicurezza del paziente
- il livello di adesione alle pratiche per la sicurezza del paziente
- le attività per il monitoraggio ed il contenimento del rischio infettivo

Esso viene definito in coerenza con il quadro normativo delineato dal vigente Regolamento di Attuazione della L.51/2009 in materia di accreditamento e autorizzazione (DPGR 90/R del 16.09.2020 "Regolamento di attuazione Legge regionale 51/2009 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie", Allegato D, Area 5 - Qualità e sicurezza delle cure, Requisito 5.1.2), nonché dall'Allegato A della DGRT 1150 del 9/10/2023 DGRT 1150 del 9 ottobre del 2023 avente ad oggetto "DGRT n. 967 del 7 agosto 2023 - Recepimento disposizioni DM Ministero della salute del 19 12 2022 – Gazzetta Ufficiale n. 305 del 31 12 2022 – prime linee di indirizzo applicative alle strutture sanitarie, pubbliche e private: revoca e nuovo recepimento"

Il presente piano delinea le politiche/strategie di qualità dell'azienda, descrivendo l'articolazione del lavoro coordinato dalla struttura Qualità con le strutture Rischio Clinico e Team Aid.

AREE DI INTERVENTO

Area qualità e accreditamento

Area gestione integrata rischio clinico-qualità-sicurezza delle cure

Area rischio infettivo

Gli obiettivi del piano, presenti nelle singole aree, integrano o sono collegati agli obiettivi di budget annualmente definiti, tenendo conto di quelli strategici regionali ed aziendali (Piano della Performance Aziendale) e delle criticità emerse.

Piano Annuale della Formazione

Per il personale sanitario la formazione è uno strumento periodico di accreditamento della professionalità e parametro significativo per la valorizzazione e il riconoscimento professionale anche attraverso delineati percorsi di carriera.

Misure Piano Formazione 2025

Formazione obbligatoria:

-Completamento Aggiornamento Corsi Sicurezza e Antincendio

-Estensione delle competenze digitali Syllabus

-Formazione specialistica FSE

I Percorsi Formativi

Strumenti metodi didattici e formativi

Esso viene definito in base:

- a) Alle direttive Nazionale e Regionali in materia di Aggiornamento Professionale Continuo
- b) Alla rilevazione del FABBISOGNO ANNUALE FORMATIVO espresso dagli operatori
- c) All'attività di ricerca svolta in azienda

La ricognizione del fabbisogno è articolata su più livelli:

- a) bisogni formativi individuati con la Direzione Aziendale
- b) bisogni formativi provenienti dalle singole strutture e espressi all'interno dei Dipartimenti Aziendali;
- c) bisogni formativi espressi dai singoli attraverso un questionario rivolto a tutto il personale

Percorsi formativi volti a rafforzare le competenze tecnico – professionali: si tratta delle proposte formative provenienti dalle singole articolazioni organizzative (U.O., Servizi, ecc.) e dalle singole professioni presenti dirette a rafforzare le competenze tecnico professionali indispensabili a garantire il raggiungimento degli obiettivi di tali strutture. In questo livello, inoltre, sono da ricomprendere momenti formativi legati alla condivisione e diffusione di particolari know-how, legati a tecnologie ed innovazioni specifiche;

Percorsi formativi volti a rafforzare le competenze di sistema: si tratta di tutti quegli eventi che per le loro caratteristiche mirano a sviluppare conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, consentendo la programmazione di eventi interprofessionali destinati a tutti gli operatori

L'uso dei media digitali e le possibilità offerte dai nuovi strumenti di lavoro collaborativo di Office 365 stanno cambiando il nostro modo di lavorare e di imparare. Un efficace apprendimento autogestito sul posto di lavoro sta diventando sempre più importante. Attraverso l'integrazione dell'apprendimento digitale, l'accesso alla conoscenza diventa flessibile, semplice, rapido, maggiormente individualizzato e autogestito, ampiamente indipendente rispetto ai vincoli di tempo e di luogo.

3.3 Sottosezione di Programmazione Organizzazione del Lavoro Agile (POLA)

Nella presente sezione vengono definite:

- le modalità di attuazione e di sviluppo del lavoro agile nell'AOUP
- le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati.

Piano Organizzativo del Lavoro Agile

 <p>LAVORO AGILE</p>	<p>Definisce le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati</p>	<p>È stato introdotto dall'articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124, come modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. "decreto rilancio"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77. 1 Estratto da linee Guida Dipartimento Funzione Pubblica 9.12.2020</p> <p>Schema di linee guida in materia di lavoro agile nelle pubbliche amministrazioni ai sensi dell'art. 1, comma 6, del Decreto del Ministro per la Pubblica amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni del 2.12.2021;</p>
<p>ELEMENTI di connessione agli altri documenti di programmazione: Piano del Fabbisogno del Personale Piano della Formazione Accesso digitale ai servizi Piano della Transizione Digitale</p>		<p>Introdotta in AOUP per la prima volta tra le sezioni del Piano della Performance 2021, con criteri semplificati e stringenti misure attuative, oggi superate, ed appositamente integrate anche alla luce dell'esperienza maturata, il POLA ha individuato le modalità attuative del lavoro agile tuttora vigenti e regolamentate stabilmente. con delibera n.443 del 6/05/2022 il regolamento che ha disciplinato per tutto il personale le condizioni, termini, le modalità e requisiti per l'accesso al lavoro agile</p> <p>Una volta predisposta la base conoscitiva e ridefiniti i processi di produzione ed erogazione dei servizi, il piano individua le attività e i contingenti di personale inseribili nella modalità di lavoro agile, avendo riguardo alle necessità organizzative, alle esigenze di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, al miglioramento della performance aziendale</p>

3.4 Sottosezione di Programmazione Piano Triennale dei fabbisogni di personale

Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale



E' un atto di programmazione triennale a scorrimento annuale
SOGGETTO AD AUTORIZZAZIONE

REGIONALE

Il PTFP si adotta nel rispetto dell'art. 16 del D. Lgs n. 33 del 14 marzo 2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti la dotazione organica e il costo del personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato

L'approccio utilizzato per la stesura del Piano cerca di tener conto del grado di compatibilità tra i possibili scenari futuri e i principali vincoli di sistema, avendo riguardo al soddisfacimento dei bisogni dei cittadini; tiene inoltre conto, per la parte riguardante il personale universitario, delle strategie concordate nell'ambito della programmazione concertata tra Direzione AUOP e Università degli Studi di Pisa.

ELEMENTI di connessione agli altri documenti di programmazione:

- Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza
- Bilancio di Previsione Economico Annuale

Introdotta e disciplinata dagli articoli 6 e 6 ter del decreto legislativo 165 del 2001, così come novellato dal D. Lgs. n. 75 del 2017, è uno strumento volto a coniugare l'impiego ottimale delle risorse pubbliche e gli obiettivi di performance delle amministrazioni in un'ottica di efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini e ad assicurare, da parte delle amministrazioni destinatarie, il rispetto degli equilibri di finanza pubblica.

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale si pone l'obiettivo di programmare il fabbisogno di risorse umane dell'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana per il triennio di riferimento alla luce delle indicazioni regionali, della programmazione aziendale, delle principali tendenze che interessano il campo di azione sanitario in generale

Il PTFP, anche dopo l'inserimento quale sezione specifica del PIAO, si configura come un documento di programmazione che non vincola direttamente l'attività ma che la orienta in maniera flessibile, alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali. La logica alla quale si ispira il PTFP è quella di partire dalle risorse annualmente liberabili dalle cessazioni previste e, tenendo conto dei vincoli finanziari, stabilire l'entità delle risorse attivabili per le assunzioni necessarie per far fronte ai fabbisogni

Il PTFP, in quanto fulcro di uno dei processi più strategici e rilevanti della gestione delle risorse, si ispira ai principi generali di legalità e legittimità e mira a perseguire le migliori pratiche connesse con la prevenzione della corruzione, coerentemente con le azioni previste nella sezione corrispondente del presente PIAO

Coerentemente con quanto richiesto dalle Linee di indirizzo ministeriali il PTFP indica:
- le scelte operate in materia di procedure di "stabilizzazione" del personale;
- il ricorso ad ogni forma di lavoro flessibile

Misure 2025

Le misure richiamate nel presente piano sono state approvate con **Delibera GRT n. 1499 del 9.12.2024** ([consulta atto](#))

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

La sezione indica gli strumenti e le modalità di monitoraggio, incluse le rilevazioni di soddisfazione degli utenti, delle precedenti sezioni, la periodicità delle rilevazioni ed i soggetti responsabili dei principali processi oggetto di osservazione che integrano il sistema dei controlli interni aziendali.

L'andamento dei servizi sanitari in AUOP viene analizzato sotto molteplici aspetti alcuni dei quali, istituzionalmente previsti, utilizzando set di indicatori definiti a livello centrale o regionale che fanno riferimento tutti a studi di settore sanitario, altri definiti dagli organismi di accreditamento con i quali le strutture aziendali si confrontano volontariamente per il miglioramento continuo dei livelli di qualità offerti dall'ospedale.

A tutte queste misure espressamente richiamate nella sottosezione Valore Pubblico e Performance che avviene secondo le modalità stabilite dal D.lgs. 27 ottobre 2009 n.150, a cui si aggiungono le indicazioni di ANAC ed i controlli di coerenza effettuati dall'Organismo Indipendente di valutazione (OIV), vanno affiancati gli altri strumenti di monitoraggio esterno (effettuato dagli organi ed organismi di settore Ars Agenas Laboratorio Mes) ed interno aziendale (Dipartimento Economico Finanziario, Uo Controllo di Gestione e Strutture di Staff).

Monitoraggi Aziendali

Tipo	FREQUENZA	SCOPO	Soggetto/soggetti responsabili	Soggetti esterni	Fonte
◇ Ciclo Performance Processo di BUDGET	Trimestrale	Verificare l'andamento infrannuale dei dati di attività e del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente alle singole Strutture Aziendali.	UOC Controllo di Gestione	OIV	PP-2025 e Budget
◇ Governo SPESA BENISANITARI	Mensile	Verificare l'appropriatezza della Gestione Economico Finanziaria delle risorse assegnate	UOC Gestione Economico Finanziaria UOC Controllo di Gestione Direttori di Struttura e Dipartimentali	Regione Toscana	Linee guida Regionali Principi di redazione dei Bilanci Annuali di Previsione
◇ Monitoraggio spesa farmaceutica e dispositivi	Annuale	Consente di misurare a livello nazionale (secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e dell'appropriatezza) che tutti i cittadini ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei LEA. Oltre agli indicatori dei 3 macro-livelli di assistenza (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) include i PDTA (percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali) per specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute;	UOC Controllo di Gestione	Ministero della Salute e Agenas	Vai al sito
◇ Programma Regionale Osservazione Livelli Essenziali di Assistenza (PROLEA) – Agenzia Regionale Sanità	Annuale	misura l'equità, la qualità e l'appropriatezza dei LEA a livello di Regione Toscana. Il PROLEA permette attività di benchmark per la valutazione finalizzata alla programmazione e al confronto;	UOC Controllo di Gestione	Ars Regione Toscana	Vai al sito
◇ Programma di Osservazione degli Esiti in Toscana (PrOsE) - Agenzia Regionale Sanità	Annuale	sviluppa in maniera più tempestiva e su scala regionale, traslandoli dal PNE un set di indicatori che riguardano: l'organizzazione delle reti tempo-dipendenti per il trattamento di patologie cardiovascolari, la tempestività degli interventi per frattura di femore negli anziani, la qualità dei ricoveri per la chirurgia generale la cardiocirurgia e la chirurgia vascolare, la qualità del percorso nascita, l'assistenza medica e la rete di assistenza oncologica.	UOC Controllo di Gestione	Ars Regione Toscana	Vai al sito
◇ Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa 2019-2021 (PNGLA) Recepto con DGRT 604/2019.	Mensile	Lo strumento mira a garantire il tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari, nel rispetto delle classi di priorità previste per le prestazioni ambulatoriali e per i ricoveri. Individua le modalità di misurazione dei tempi di attesa per 69 prestazioni di specialistica ambulatoriale (14 visite specialistiche e 55 prestazioni strumentali) e 17 prestazioni di ricovero Il rispetto del quadro di regole delineato dal Piano costituisce elemento primario di valutazione delle Aziende e dimensione di riferimento per la verifica dei LEA (NSG) in tutte le Regioni.	UOC Controllo di Gestione	Ministero della Salute e Agenas	
◇ Valutazione della performance della sanità toscana (il bersaglio) – Scuola Superiore Sant'Anna, Laboratorio Mes:	Annuale Trimestrale Mensile	descrive, rappresenta e misura, su diverse dimensioni, la performance delle aziende operanti nella Toscana. I risultati sono rappresentati tramite uno schema a bersaglio che visualizza immediatamente punti di forza e di debolezza;	UOC Controllo di Gestione	Scuola Superiore Sant'Anna, Laboratorio Mes	Vai al sito
◇ Programma Nazionale di Valutazione degli Esiti (PNE) – Agenzia Nazionale Sanità	Annuale Trimestrale Mensile	fornisce dati sulle performance clinico-assistenziali delle strutture sanitarie per il miglioramento continuo della qualità delle cure e valuta il posizionamento a livello nazionale e regionale dei risultati di output e outcome delle singole aziende;	UOC Controllo di Gestione	Agenas	Vai al sito

Sistemi di monitoraggio Gestione Attività Sanitaria Tipica percorsi

Tipo	FREQUENZA	SCOPO	Soggetto/soggetti responsabili	Soggetti esterni	Fonte
◊Monitoraggio reclami/segnalazioni URP	Trimestrale	Analisi quantitativa/qualitativa ed elaborazione di linee strategiche di sviluppo e miglioramento delle criticità segnalate.	URP	Regione Toscana	Vai al sito
Indagini di clima interno/benessere organizzativo Indagini di soddisfazione utenza	Biennale Annuale	Rilevazione del clima aziendale e del benessere lavorativo dei dipendenti Rilevazione della soddisfazione dell'utente finale in relazione alla qualità dei servizi erogati	Direzione Aziendale Strutture di Staff	Scuola Superiore Sant'Anna, Laboratorio Mes	
Monitoraggio delle misure per la prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza ◊ LINEA AMBULATORIALE Monitoraggio attività ambulatoriale/prime visite	Semestrale	Ridurre i rischi di illegalità, rafforzare l'impianto di controllo, promuovere livelli di trasparenza aggiuntivi rispetto a quelli previsti da normativa	Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza (RPCT)	OIV, ANAC	Legge 190/2012, PNA 2023
	Mensile	Valutazione allineamento domanda/ offerta prime visite specialistiche ambito di garanzia al fine di mettere in atto correttivi in maniera precoce rilevare eventuali criticità per avviare dei processi di miglioramento <ul style="list-style-type: none"> • Accesso Prime Visite • Bilanciamento domanda/offerta • Accessi LP 	Direzione Sanitaria UOC Organizzazione Servizi Ospedalieri UO Cabina di Regia Ambulatoriale	Regione Toscana	
	Annuale	Nuovo ospedale Determinazione del fabbisogno di spazi da assegnare alle specialità nelle aree Poliambulatoriali	Direzione Sanitaria UOC Organizzazione Servizi Ospedalieri UO Cabina di Regia Ambulatoriale Direttori delle Strutture	Regione Toscana	
◊LINEA CHIRURGICA: SALE OPERATORIE-◊Monitoraggio utilizzo sale operatorie (ricovero ordinario e day surgery)	Settimanale	rilevare eventuali criticità per avviare dei processi di miglioramento Ottimizzazione VOLUMI attività chirurgica	Direzione Sanitaria UOC Organizzazione Servizi Ospedalieri UO Gestione Operativa	Regione Toscana	
◊LINEA EMERGENZA: Report Accessi di Pronto Soccorso adulti e pediatrici, per area di provenienza e codice di gravità	Settimanale	Monitorare i volumi giornalieri degli accessi di Pronto soccorso, distinti per accessi adulti e pediatrici, per area di provenienza e per codice di gravità di accettazione	Direzione Sanitaria UOC Organizzazione Servizi Ospedalieri UOC Controllo di Gestione	Regione Toscana	
◊Monitoraggio volumi attività chirurgica (ricovero ordinario e day surgery)	Mensile	Verificare l'andamento infrannuale dei volumi di attività chirurgica svolta in regime di ricovero dalle singole Strutture	Direzione Sanitaria UOC Organizzazione Servizi Ospedalieri UO Gestione Operativa UOC Controllo di Gestione	Regione Toscana	
◊Adesione e sostegno alla rete vaccinale	Giornaliero	Monitoraggio dell'andamento dei vaccini sulla base delle disposizioni legislative in materia legate alla situazione epidemica del momento	UOC Organizzazione Servizi Ospedalieri UOC Medicina Preventiva e Sorveglianza Sanitaria	Regione Toscana	
◊Contagi del personale	Giornaliero	Monitoraggio dell'andamento dei contagi dei dipendenti AOUP e assimilati	UOC Organizzazione Servizi Ospedalieri UOC Medicina Preventiva e Sorveglianza Sanitaria	Regione Toscana	

Sistemi di monitoraggio Gestione Area Tecnica Amministrativa e Finanziaria

Tipo	FREQUENZA	SCOPO	Soggetto/soggetti responsabili	Soggetti esterni	Fonte
◊Monitoraggio costi del personale	Mensile	Andamento per teste e per costi correlati	UOC Politiche e Gestione Risorse Umane	Regione Toscana	
◊Monitoraggio tasso di assenza	Mensile	Andamento per teste	UOC Politiche e Gestione Risorse Umane	Regione Toscana	
◊Monitoraggio Volumi Lavoro Agile	Mensile	Andamento per teste	Controllo Dirigente di struttura UOC Politiche e Gestione Risorse Umane	Regione Toscana	
◊Monitoraggio accordi/convenzioni	Trimestrale Scadenziario		UOC Affari Generali e Legali UOC Marketing e Convenzioni	Regione Toscana	
◊Monitoraggio andamento Lavori Pubblici	Mensile		Dipartimento Tecnico UO SAS	Regione Toscana	
◊Monitoraggio dello stato di avanzamento dei lavori Nuovo Ospedale	Sistematico		Dipartimento Tecnico UO SAS	Regione Toscana	Vai al sito
◊Monitoraggio andamento assegnazioni funzionali del personale	Mensile	Analisi della distribuzione delle risorse ai fini di evidenziare eventuali contesti di sofferenza organizzativa	UOC Politiche e Gestione Risorse Umane UOC Controllo di Gestione	Regione Toscana	
◊Indicatori di produttività del personale aziendale	Trimestrale.	Verifica dell'andamento degli indicatori di produttività delle Strutture e del personale aziendale	UOC Politiche e Gestione Risorse Umane	Regione Toscana	
◊Monitoraggio gestione spazi ospedalieri-	Trimestrale SPOT		Direzione Sanitaria UOC Organizzazione Servizi Ospedalieri	Regione Toscana	
◊Monitoraggio relativo all'uso degli spazi dell'AOUP Dipartimento Tecnico	Sistematico		Direzione Sanitaria UOC Organizzazione Servizi Ospedalieri	Regione Toscana	Vai al sito
◊Monitoraggio andamento economico – CE	Trimestrale	Monitoraggio dell'andamento del bilancio aziendale	UOC Gestione Economico Finanziaria	Regione Toscana	Vai al sito
◊Monitoraggio riscossione crediti	Mensile	Verifica degli importi e della tempistica dei pagamenti	UOC Gestione Economico Finanziaria	Regione Toscana	
◊Monitoraggio tempi di pagamento a fornitori	Trimestrale	Verifica degli indicatori di tempestività dei pagamenti ai fornitori previsti ex lege	UOC Gestione Economico Finanziaria	Regione Toscana	

Allegati PIAO 2025-2027

- 1) Allegato 01 Piano Spostamenti Casa Lavoro (DPA-10)
- 2) Allegato 02 Piano Strategico per la Parità di Genere (DPA-10)
- 3) Allegato 03 Piano Comunicazione di Genere
- 4) Allegato 04 Relazione Piano Triennale Fabbisogno Personale (TFP_25-27)