

Piano Integrato di Attività e Organizzazione

(PIAO)

ANNO 2024-2026



29/01/2024

INDICE

Premessa.....	3
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, ANTICORRUZIONE.....	7
2.1 Sottosezione Programmazione-Valore Pubblico	7
2.2 Sottosezione Programmazione: Performance.....	23
2.3 Sottosezione di Programmazione Rischi Corruttivi e Trasparenza	27
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	31
3.1. Sottosezione di Programmazione Struttura Organizzativa	31
3.2 Sottosezione di Programmazione Organizzazione del Lavoro Agile (POLA).....	34
3.3 Sottosezione di Programmazione Piano Triennale dei fabbisogni di personale	36
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	36

Premessa

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.

SOSTITUITI	RICHIAMATI
<ul style="list-style-type: none">○ 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).	<ul style="list-style-type: none">○ Gender Equality Plan (GEP)○ Piano della Formazione del Personale;○ Piano Strategico per la Transizione digitale (PSTD)○ Piano Qualità e Sicurezza delle cure

Nel documento, a partire dalla cura della salute organizzativa e professionale dell'ente, la direzione aziendale è chiamata ad individuare con immediatezza le linee strategiche ed operative su cui intende impegnarsi nel triennio successivo, ed in cui misura il proprio contributo ai risultati di salute prodotti sul territorio di propria competenza, garantendo sicurezza e accessibilità, anche digitale delle cure ai cittadini che le si rivolgono per la fruizione delle prestazioni sanitarie offerte.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

CHI SIAMO	
DENOMINAZIONE	Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
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.ittel. 050/996210)
PARTITA IVA	01310860505
INDIRIZZO	Sede legale: Via Roma n. 67 56126 Pisa
CONTATTI	
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/AOUP-Azienda-Ospedaliero-Universitaria-Pisana-AOUP-105691964796823
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"



Direttore Generale
Silvia Briani



Direttore Sanitario
Grazia Luchini

Direttore Amministrativo

Grazia



Valori

IL COLLEGIO DI DIREZIONE

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 Lovò

Azienda in Pillole

- Aree di Eccellenza
- Alta specialità chirurgica e medica**
- Attività trapiantologica**
- Chirurgia Robotica**
- Centri Clinici e Percorsi**

I DAI ASSISTENZIALI

- DAI EMERGENZA E ACCETTAZIONE
- DAI MATERNO INFANTILE
- DAI CHIRURGIA ADDOMINALE E UROLOGIA
- DAI CHIRURGIA E MEDICINA ENDOCRINO METABOLICA E DEI TRAPIANTI
- DAI SPECIALITA' MEDICHE E CHIRURGICHE
- DAI CARDIOTORACOVASCOLARE
- DAI NEUROSCIENZE
- DAI ONCOLOGICO
- DAI MEDICINA RADIOLOGICA NUCLEARE E DI LABORATORIO
- DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

LE STRUTTURE SANITARIE TRASVERSALI

- CENTRO MULTIDISCIPLINARE CHIRURGIA ROBOTICA
- CENTRO MULTIDISCIPLINARE RICOVERO BREVE
- OFFICINA TRASFUSIONALE AVNO
- LE STRUTTURE SANITARIE PROFESSIONALI

I DIPARTIMENTI PROFESSIONALI

- PROFESSIONI SANITARIE
- PROFESSIONI TECNICO SANITARIE

I DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI E NON SANITARI

- DIPARTIMENTO AREA AMMINISTRATIVA
- DIPARTIMENTO ECONOMICO FINANZIARIO
- DIPARTIMENTO AREA TECNICA

LA TECNOSTRUTTURA

- ACCREDITAMENTO E QUALITA'
- PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA TECNOLOGIE BIOMEDICHE
- CTC – SUPPORTO STATISTICO STUDI CLINICI
- MEDICINA DEL LAVORO
- ORGANIZZAZIONE SERVIZI OSPEDALIERI

IL COMITATO DI PARTECIPAZIONE

Personale	Attività di Ricovero	Attività Ambulatoriale	Dati Economici
4972 dipendenti	1080 Posti Letto	4,5 Mln di prestazioni	600 Mln Valore Produzione (2022)
SSN	50k ricoveri	ambulatoriali per esterni	52€/Mln Farmaci
2088 Infermieri	29k ricoveri Chirurgici		67€/Mln Diagnostici
988 Dirigenti Sanitari	>75% Procedure chirurgiche ad elevato case mix		
1054 Medici * (851 Medici SSN 193 Medici UNI)			

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.

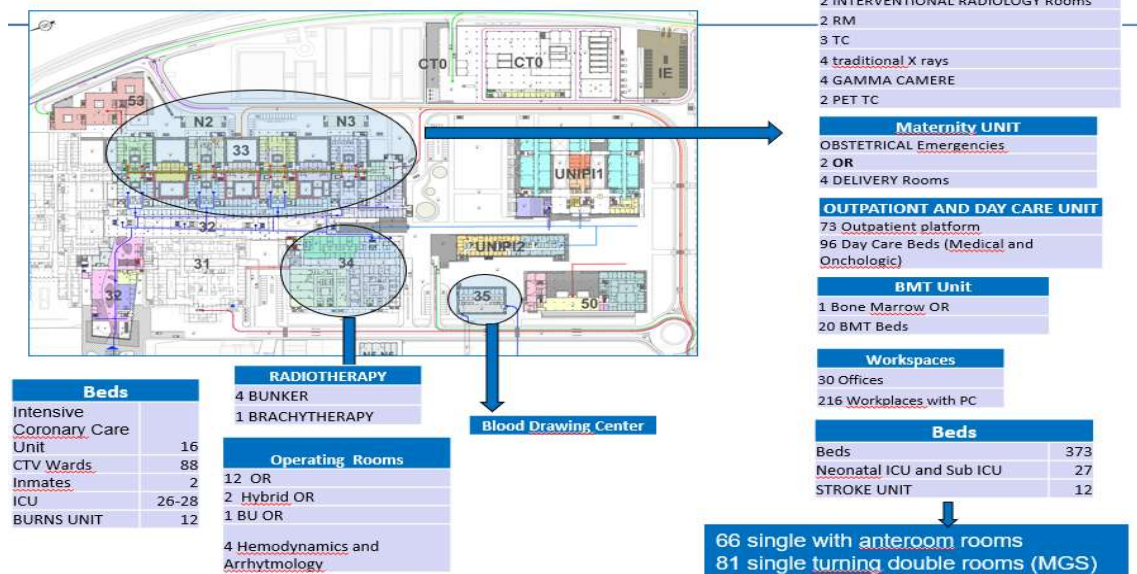
Ospedale Cisanello	Ospedale Santa Chiara
	
Sede: via Paradisa 2	Sede: Via Roma 67
PL Degenza ordinaria: 748 PL Day Hospital (DH): 57	PL Degenza ordinaria: 234 PL Day Hospital (DH): 41



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 sovrintendere 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.

Focus sui nuovi edifici



LE CERTIFICAZIONI VOLONTARIE

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: (VEDI Allegato Certificazioni)

LA NOSTRA ATTIVITA'

	2019		2021		2022		2023*	11 MESI
ATTIVITA' DI RICOVERO								
Volume Totale	57.090	100%	49.045	100%	51.504		50.211	
POSTI LETTO	1.134		1.139		1.154		1.080	
di cui Ricoveri ordinari	46.096	80,74%	39.150	79,82%	40.292	78,2%	38.446	76,6%
Giornate di degenza	306.078		280.903		289.205		276.842	
Dotazione posti Letto Ordinari	1.003		1.000		919		982	
Peso medio acuti Ordinari	1,23		1,33		1,29		1,31	
INTERVENTI CHIRURGICI IN REGIME DI RICOVERO	33.301		28.263		31.270		31.134	
di cui Ricoveri in DH	10.994	19,26%	9.895	20,18%	11.212	21,8%	11.765	23,4%
di cui Chirurgia Ciclo Breve o Diurna	2.668		2.341		2.958		2.909	
Accessi Pronto Soccorso	93.200		73.897	+24%	83.242	+13%	89.205	+7,0%
PUNTO NASCITA								
Numero Neonati	1.730		1.701		1.798		1724	
SPECIALISTICA AMBULATORIALE								
Volume Totale	8.168.536	100%	8.328.212	100%	8.176.907	100%	7.529.271	100%
Numero prestazioni di Laboratorio	6.748.885	82,62%	7.079.798	85,01%	6.885.340		6.169.868	
Numero prestazioni di Diagnostica per Immagini	260.789	3,19%	244.894	2,94%	261.110		287.727	
Numero prestazioni ambulatoriali per esterni	4.617.522		4.528.867		4.535.124		4.216.923	
di cui Numero visite per esterni	509.854		450.879		473.883		475.277	
Numero prestazioni ambulatoriali per interni	3.551.014		3.697.711		3.603.044		3.312.348	
TRAPIANTI								
Volume Totale	264		262		278		225	
480 Trapianto Fegato/eo Intestino	157		140		138		111	
481- Trapianto Midollo osseo	65		81		82		85	
302-Trapianto renale	35		33		50		26	
512-Trapianto simultaneo pancreas\rene	4		4		5		1	
513 Trapianto di pancreas	3		4		3		2	
CHIRURGIA MULTI SPECIALISTICA								
Eseguita con metodologia Robotica	2129		2279		2775		3098	
CHIRURGIA ONCOLOGICA								
Ricoveri K Benigno	3.503		3.392		3.795		2.741	
Ricoveri K Maligno	11.179		10.218		10.723		10.589	
Volume Interventi chirurgici Tumori Tracciati in PNE	3.499		3.299		3.795		4.373	

L'anno 2023 esprime volumi di produzione importanti (superiori agli anni 2022 e 2019). Sia la linea chirurgica (la più importante vocazione aziendale) che la linea ambulatoriale (visite specialistiche, diagnostica per immagini e produzione

laboratoristica) hanno registrato nel 2023 il dato più alto degli ultimi anni. A fronte di questi importanti volumi, si sono registrati anche buone performance sui principali indicatori di esito monitorati dal Nuovo Sistema di Garanzia e dal PNE (dati 2022 validati e 2023 calcolati internamente).

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 a cui è ricondotto

Il Valore Pubblico per AOUP	Espressione e Criteri di misurazione
A) Erogazione di servizi sanitari di ricovero per acuti e prestazioni di specialistica ambulatoriale (Livello e Tipologia)	Capacità di copertura della domanda di servizi sanitari Livello di qualità delle cure garantito Misurazione costante di esiti e di impatto delle cure erogate
B) Ricerca e promozione della sicurezza e del benessere lavorativo dei propri dipendenti	Attenzione rivolta alle persone, professionisti ed operatori coinvolti nei processi di cure e nel funzionamento dell'ospedale anche contrastando ogni forma di discriminazione e proseguendo le azioni positive verso una sempre più ampia parità tra i generi; Valorizzazione delle competenze e aggiornamento continuo - Rimozione di ostacoli e crescita professionale
C) Politiche di comunicazione e Accountability	Impegno finalizzato alla partecipazione e comunicazione dei risultati Prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza
D) Semplificazione dei processi e Accessibilità digitale	Promozione ed implementazione di sistemi digitali di accesso ai servizi e informatizzazione delle procedure e dei servizi di gestione delle informazioni sanitarie e non
E) Accessibilità fisica ai servizi	Attenzione sostegno ed inclusione dei soggetti fragili Riduzione dell'impatto del cantiere del nuovo ospedale su pazienti ed operatori
F) Riduzione dell'impatto ambientale	Promozione e sviluppo di iniziative di controllo e sensibilizzazione finalizzate al contenimento dell'impatto ambientale

A) Erogazione di servizi sanitari di ricovero per acuti e prestazioni di specialistica ambulatoriale

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 l'azienda ai fini della programmazione e dell'orientamento delle attività verso i risultati attesi. L'azienda nell'esercizio della propria autonomia organizzativa, di anno in anno, affianca alle indicazioni regionali che è possibile definire di sistema, una selezione di misure ritenute più appropriate alle proprie specificità allo scopo di comporre un panel di indicatori di esito aderenti alla propria realtà operativa in grado di tener conto dei risultati conseguiti nelle annualità precedenti.

2.1.1 Azioni di Miglioramento 2024 I percorsi della linea ricovero

L'ottimizzazione dei posti letto disponibili nei diversi setting assistenziali della linea ricovero, il rispetto dei tempi di attesa per l'esecuzione di interventi chirurgici, la costante attenzione ai livelli di sostenibilità sicurezza ed appropriatezza delle cure costituiscono l'oggetto principale delle azioni di miglioramento che riguardano la Linea Ricovero.

Peculiare per il 2024 si conferma in particolare il potenziamento **dell'area ambulatoriale del centro multidisciplinare di ricovero breve** destinato al trattamento chirurgico delle patologie di bassa - media complessità da eseguirsi nei regimi di **chirurgia a rapida turnazione, day surgery e chirurgia ambulatoriale complessa**.

Misure di Compliance

Sullo sfondo dei contenuti del Patto per la salute 2010-2012 e del DM 12 marzo 2019 (NSG) finalizzati a verificare - secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza - la tipologia e la qualità delle cure erogate in Aoup, i principali riferimenti normativi attenzionati nell'annualità corrente sono individuati nei contenuti di due documenti:

- **Decreto Dirigenziale n.20196/2021**

Le disposizioni regionali Decreto Dirigenziale n.20196/2021, definiscono sia le procedure chirurgiche erogabili esclusivamente in regime ambulatoriale, sia quelle suscettibili di erogazione in setting differenti (regime ordinario, day surgery, chirurgia ambulatoriale) assegnando precise soglie di ammissibilità nei diversi regimi di erogazione.

- **Delibera Regione Toscana n.18066 - 11/2019**

Per il contenimento delle liste d'attesa da realizzarsi mediante impegno ottimale degli spazi dedicati all'attività chirurgica, Regione Toscana già dal 2020 per orientare ambiti di natura tecnico professionale, sia per quanto attiene alla corretta indicazione di intervento (appropriatezza clinica) sia per la definizione dei setting di cura ed il codice di priorità da utilizzare per la programmazione del ricovero (appropriatezza organizzativa), aveva diffuso un elenco di interventi di chirurgia programmata, già oggetto di implementazione nelle annualità pregresse, fortemente condizionata dai vincoli operativi determinati dalla gestione pandemica

Misure Aziendali 2024

Particolare attenzione è stata riservata alla ricerca di misure di efficientamento nella disponibilità di posti letto in area critica a sostegno dell'attività chirurgica ed in area medica anche a supporto dell'attività di emergenza e urgenza. In continuità a quanto intrapreso nelle annualità precedenti assumono ruolo di leva operativa i seguenti aspetti:

1. *Potenziamento dei Percorsi di Pre-ospedalizzazione*
2. *Tempi d'attesa delle prestazioni di radiagnostica propedeutiche agli interventi*
3. *Appropriatezza dei setting assistenziali e delle classi di priorità assegnate agli interventi chirurgici*
4. *Tracciabilità dei pezzi anatomici (area ambulatoriale)*
5. *Tracciabilità Emocomponenti*
6. *Disponibilità di posti letto per gli ingressi da Pronto Soccorso*
7. *Ottimizzazione degli accessi in Terapia Intensiva e sub-intensiva*
8. *Controllo delle Infezioni e Azioni di contrasto all'antibiotico resistenza*

Misure di Compliance

Regione Toscana, in linea con le indicazioni ministeriali in materia, richiede (tramite numerose delibere regionali) un'attenzione massima da parte delle aziende sanitarie e ospedaliere nell'organizzazione dell'offerta ambulatoriale, in particolare monitorando (secondo quanto previsto dal **PRGLA 2019/21**):

- Bilanciamento tra domanda e offerta di prestazioni
- Tempi di attesa
- Indicatori previsti dal Nuovo sistema di Garanzia (**NSG, DM 12 marzo 2019**)

Per garantire degli standard di performance in linea con quanto previsto è richiesto alle aziende sanitarie e ospedaliere:

- il ricorso, ove applicabile, agli strumenti di telemedicina nell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali
- un corretto bilanciamento prescrittivo tra prime visite e visite di controllo
- ottimizzazione delle risorse impiegate nell'organizzazione dell'offerta ambulatoriale

Inoltre, **la M6 C2 del PNRR** prevede la ristrutturazione e il potenziamento dell'architettura del FSE; Regione Toscana pertanto richiede alle aziende, in linea con le milestone ministeriali, di alimentare correttamente, e secondo le nuove regole informatiche, il FSE e di formare gli operatori e i cittadini al corretto utilizzo.

L'organizzazione e le strategie aziendali inerenti alla strutturazione dell'offerta ambulatoriale aziendale devono essere in linea con il nuovo modello organizzativo aziendale propedeutico al go-live del Nuovo Santa Chiara in Cisanello.

Misure Aziendali 2024

Particolare attenzione è stata riservata alla ricerca di misure di efficientamento nell'utilizzo delle risorse (spazi, tecnologie, personale, ...) dedicate all'attività ambulatoriale. In questa direzione e in continuità con le scelte strategiche aziendali sono state attivate misure correttive e migliorative rispetto a:

1. *Ottimizzazione nell'utilizzo dei locali destinati all'attività ambulatoriale rispetto alla produzione di prestazioni*
2. *Accentramento delle funzioni di accettazione e prenotazione relative a percorsi di presa in carico (Il livello ambulatoriale)*
3. *Allineamento tra attività schedulata su applicativi aziendali e offerta ambulatoriale reale*
4. *Incremento delle prestazioni specialistiche di controllo erogate in modalità digitale (telemedicina)*
5. *Maggior coinvolgimento aziendale nell'alimentazione e maggior utilizzo del FSE*
6. *Garantire i corretti tempi di attesa per le prestazioni secondo quanto prescritto dal PRGLA 2019/21 confermando l'adozione del modello organizzativo dell'open access.*

B) Ricerca e promozione della sicurezza e del benessere lavorativo dei propri dipendenti

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.

Contenuti della sezione

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.

Fonti di programmazione aziendale

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 Triennale delle Azioni Positive

Piano Triennale Uguaglianza di Genere (Gender Equality Plan - GEP)

Piano Annuale della Formazione



OBIETTIVI 2024

-Conseguimento della Certificazione della Parità di Genere

ai sensi della Legge 5.11.2021 n. 162, e secondo lo standard definito dalla Prassi di Riferimento UNI/PDR 125:2022 'Linee guida sul sistema di gestione per la parità di genere che prevede l'adozione di specifici key performance indicators sulle politiche di parità di genere nelle organizzazioni: per l'AOUP costituirà un importante riconoscimento delle politiche e delle misure concrete per ridurre il divario di genere nelle opportunità di crescita professionale, nel trattamento economico salari 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

-Aggiornamento del Piano strategico per la parità di genere (UNI/PDR 125:2022 / sez. 5.2), documento che è destinato a raccordare con i key performance indicators della prassi UNI/PDR 125:2022 il PAP, il GEP, il PIAO, le azioni intraprese per il conseguimento della certificazione, e che darà 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. Di seguito le finalità dei contenuti dei diversi documenti richiamati nella programmazione aziendale corredati di specifiche indicazioni di contesto.

Piano delle Azioni Positive

Definito dal Decreto Legislativo n. 198 del 2006 Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, rappresenta uno strumento di programmazione finalizzato al cambiamento culturale e organizzativo **documento** mirato ad introdurre azioni positive all'interno del contesto di lavoro, **esplicando chiaramente gli obiettivi, le azioni e i tempi per realizzare progetti mirati a riequilibrare le situazioni di disuguaglianza di genere, a contrastare ogni forma di discriminazione e a favorire il benessere in ambito lavorativo**

In coerenza con quanto disposto con Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 2/2019, il presente Piano delle Azioni Positive (PAP) per il triennio 2021 - 2023, è il frutto del lavoro del 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 Ospedaliero Universitaria Pisana, istituito con Deliberazione del Direttore Generale N. 1216 del 30 12 2020 e raccoglie le azioni positive in essere o programmate.

PRINCIPI fondanti:

PARI OPPORTUNITA'

Uguale possibilità di riuscita pari occasioni favorevoli

AZIONI POSITIVE strategie per stabilire uguaglianza delle opportunità

BENESSERE

ORGANIZZATIVO

Contrasto di ogni forma di violenza e promozione della sicurezza negli ambienti di lavoro

Azioni come esito di una raccolta del fabbisogno condotta in AOUP

- **incontri con altri organismi aziendali** come Organismo Paritetico o il Gruppo Aggressioni,
- **proposte provenienti** dai diversi attori come Medico Competente, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, Consigliere/i di Fiducia, ecc.
- **questionari on line** che hanno coinvolto più di 1000 operatori. La raccolta è stata condotta sui vari temi come ad esempio quello della conciliazione, del contrasto a molestie e discriminazioni e sulle politiche di promozione del benessere e di gestione ottimale dell'aumento dell'età del personale. Le indicazioni raccolte hanno consentito di delineare politiche e macro-obiettivi da conseguire nel medio periodo, a partire dai bisogni del personale.

Misure Piano Triennale Azioni Positive 2024

in stretta collaborazione con il CUG



CONCILIAZIONE TEMPI DI LAVORO/VITA PRIVATA PARI OPPORTUNITA' E INTEGRAZIONE DELLE PERSONE CON DISABILITA'

Obiettivi per favorire

- le **pari opportunità nell'accesso al lavoro**, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa, nella formazione professionale,
- l'inclusività e il contrasto alle discriminazioni
- la promozione del benessere organizzativo e una migliore organizzazione che favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata.

• Punto di Ascolto Aziendale per i dipendenti

- **Predisposizione di un sistema di premialità** mediante ricorso a concorso di idee, rivolto al personale aziendale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi o delle condizioni lavorative dell'azienda.
- Analisi dei dati ed **implementazione delle azioni correttive** individuate
- Sviluppo di misure recettive nel Piano delle Azioni Positive
- **collaborazione con i Centri per l'Impiego** per la programmazione della copertura della quota d'obbligo con riferimento alle categorie protette mediante stipula della nuova convenzione
- **integrazione nell'ambiente di lavoro delle persone con disabilità** l'individuazione della figura del "responsabile dei processi di inserimento", al fine di garantire il rispetto del principio di parità di trattamento

Il Gender Equality Plan o piano di uguaglianza di genere (GEP)

Un Gender Equality Plan è uno strumento che

- **identifica le pratiche che possono produrre discriminazione di genere**
- **ricosce strategie innovative per superarle** monitorare i progressi attraverso lo sviluppo di indicatori di genere.

L'AOUP si è dotata di un Piano di uguaglianza di genere e ha redatto un documento programmatico finalizzato alla realizzazione di azioni e progetti che favoriscano la riduzione delle asimmetrie di genere, e permettano al contempo la valorizzazione di tutte le diversità legate ad esempio alle variabili dell'età, della cultura, dell'abilità fisica, dell'orientamento sessuale, del plurilinguismo.

AREE DI INTERVENTO

1. *Equilibrio vita privata/vita professionale e cultura dell'organizzazione*
2. *Equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali;*
3. *Uguaglianza di genere nelle progressioni di carriera;*
4. *Integrazione della dimensione di genere nelle attività assistenziale, ricerca e formazione*
5. *Contrasto della violenza di genere, comprese le molestie sessuali.*

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 2024

Formazione obbligatoria:

- Completamento Aggiornamento Corsi Sicurezza e Antincendio
- Estensione delle competenze digitali Syllabus

-Formazione specialistica

FSE

- Nuovo Contratto Collettivo Medici

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

È strutturato per tener conto di una dimensione collettiva tendenzialmente coincidente con le indicazioni riconducibili ai contenuti della Formazione Continua e offerto all'interno dell'azienda, e di una dimensione individuale riconducibile a livello aziendale agli istituti della formazione obbligatoria e della formazione facoltativa garantendo così anche l'accesso a percorsi offerti da soggetti esterni.

Utilizza setting e metodologie didattiche tradizionali che prevedono la partecipazione in presenza dei partecipanti, e digitali, che sfruttano la tecnologia ed i canali di partecipazione virtuale.

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

Il Piano Formativo Aziendale

articola i propri obiettivi in tre macroaree
obiettivi tecnico-professionali;
obiettivi di processo;
obiettivi di sistema

Gli obiettivi formativi tecnico-professionali individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza.

Gli obiettivi formativi di processo individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato segmento di produzione.

Gli obiettivi formativi di sistema individuano lo sviluppo delle 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.

Obiettivi rilevanti SSN e SSR

Vaccini/Strategie Vaccinali
Responsabilità Professionale
Fertilità
Azioni di prevenzione e contrasto atti di violenza e danno agli operatori sanitari
Antimicrobico-resistenza
Trattamento dolore acuto e cronico, Palliazione
Infezione da Coronavirus SARS-CoV-2
Medicina di genere
Fragilità e cronicità
Innovazione Tecnologica
Appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia (LEA)
Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure
Applicazione nella pratica quotidiana dell'evidence based practice

I Percorsi Formativi

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.

Strumenti metodi didattici e formativi

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.

Piano Aziendale Qualità e Sicurezza delle cure

Il piano Aziendale Qualità e Sicurezza delle cure è un piano che, aggiornato annualmente, 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.




Nel corso del 2023 l'Aou Pisana anche d'intesa con il contesto politico-istituzionale ha rafforzato le relazioni istituzionali e potenziato le attività di informazione e comunicazione interna ed esterna per rafforzare le relazioni con i propri stakeholders.

Per raggiungere una platea più estesa di comunità di riferimento, di utenti, di dipendenti, stakeholders ha attivato propri social media per comunicare e condividere contenuti di varia natura. Il mix dei canali e degli strumenti di comunicazione, ha permesso di mantenere efficaci le prese in carico dell'utenza.

Per quanto riguarda il sito istituzionale sono state previste nuove impostazioni ed implementazioni delle pagine WEB, anche per quanto concerne la INTRANET Dipartimentale. La modalità organizzativa diffusa adottata ha previsto l'ascolto della rete dei referenti della comunicazione interna ed il confronto con la Regione Toscana per gli ambiti informativo e comunicativo.

Efficace l'ascolto dei cittadini attraverso i componenti del Comitato Aziendale di Partecipazione in relazione a feed back sulla usabilità dei contenuti Internet.

AREE DI INTERVENTO

<h2>Social Media Policy Aziendale</h2>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> <p>AOUP-SOCIAL MEDIA POLICY</p> </div> <div style="border: 2px solid orange; padding: 5px; text-align: center;"> <p>PARTECIPAZIONE</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p>OBIETTIVO: comunicare tempestivamente e capillarmente le informazioni urgenti</p> </div> <div style="border: 2px dashed orange; padding: 5px;"> <p>OBIETTIVO: informare i cittadini e favorire la loro partecipazione ed il confronto</p> </div> </div> <p>La sensibilità al tema della partecipazione si esprime altresì attraverso il solido rapporto con le organizzazioni sindacali e di volontariato, con le cooperazione sociale, le associazioni di tutela e di promozione sociale e assume un ruolo fondamentale all'interno dell'azienda che pone tra i suoi obiettivi la valorizzazione, la promozione e lo sviluppo delle forme di partecipazione come previsto dalla normativa in materia (Art 14 Dlgo 502/1992 e smi, articoli da 15 a 16 quinquies LRT 40/2005 con le modifiche introdotte a seguito della LRT 14.12.2017 n.75 ; DGRT n.177 del 26.02.2018 ; DGRT n.184 del 17.02.2020</p> <p>Le associazioni in particolare, collaborano a realizzare negli ospedali la propria attività di sostegno al cittadino sul piano dell'accoglienza, dell'informazione e della facilitazione all'accesso, mettendolo in grado di esprimere i propri bisogni, facilitandolo nella fruizione dei servizi e nel coinvolgimento delle cure, collaborano inoltre, per gli ambiti della tutela e del diritto alla partecipazione ai processi di programmazione socio-sanitaria in ambito locale e regionale e l'azienda si impegna a riservare adeguati spazi fisici e istituzionali e virtuali per lo svolgimento delle attività.</p>
<p>URL sito internet</p> <p>Facebook</p> <p>Twitter</p> <p>Youtube</p>	<p>http://www.ao-pisa.toscana.it/</p> <p> https://www.facebook.com/AOUP-Azienda-Ospedaliero-Universitaria-Pisana-AOUP-105691964796823</p> <p> https://twitter.com/AoupPisana</p> <p> https://www.youtube.com/channel/UCLhOtrZF714jM4HvXcX5ytg</p>

Quello della progressiva digitalizzazione della pubblica amministrazione rappresenta una tematica attuale e di importanza strategica per AOUP.

Diffusamente richiamata dalla produzione normativa di settore, la **Transizione digitale** nelle aziende ospedaliere destinate alla gestione ed al governo dei processi di cura definisce i pilastri sui quali ancorare le infrastrutture necessarie alla progettazione di modelli operativi che migliorino la fruibilità dei servizi sanitari e amministrativi connessi all'erogazione delle prestazioni sanitarie. Organizzare, detenere e rendere disponibili agli attori coinvolti (cittadini-pazienti, enti ed organismi di settore) le informazioni relative ai percorsi che i pazienti attivano nel beneficiare dei servizi e delle prestazioni erogate dall'ospedale nel proprio territorio di riferimento, costituisce un asse prioritario della programmazione anche per AOUP che nel suo **P.S.T.D. Piano Strategico per la Transizione Digitale** esplicita le azioni che traducono la Strategia Aziendale in programmi operativi con riferimento temporale di medio/breve periodo (biennio).

Piano Strategico per la Transizione Digitale



La profonda revisione dei processi necessaria ad implementare i progetti di standardizzazione delle procedure ed interoperabilità dei sistemi, indotta anche dal processo di costruzione del nuovo ospedale attualmente in corso, è destinata a modificare completamente l'assetto infrastrutturale in essere e caratterizza per l'azienda un contesto operativo di riferimento a forte evoluzione

Appropriatezza, responsabilità e trasparenza identificano i principi fondanti delle scelte progettuali avviate. Le singole azioni individuate, concepite per confluire in processi che evolveranno e che stanno ancora gradualmente definendosi, sono necessariamente articolate in un sistema di gradualità applicativa.

Di seguito si rappresentano i progetti raggruppati secondo la seguente logica:

1. ciò che l'Azienda sta facendo nel breve/medio periodo, che si richiama integralmente al contenuto del piano di transizione digitale (PSTD 2021-2022) ancora valido
2. ciò sarà avviato nel medio/lungo periodo, in cui si tratteggia lo sviluppo dei progetti indotti dalla costruzione del nuovo ospedale, aspetti prevalentemente contenuti nell'intesa sviluppata con l'Università di Pisa e l'Estar per la realizzazione del Progetto e-chiara.
3. ciò che l'Azienda sta facendo nel breve/medio periodo, che si richiama integralmente al contenuto del piano di transizione digitale (PSTD 2021-2022)

QUADRO NORMATIVO

Il Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD)
 il decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82,
decreto legislativo 13 dicembre 2017, n. 217
 il decreto Cura Italia (DL n. 18/2020),
Decreto Legge n. 76/2020
 il Decreto Legge n. 34/2020 (cd **decreto Rilancio**).
decreto-legge 1° marzo 2021, n. 22
 Il Piano Triennale per l'informatica nella PA
 Il Piano Nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)

OBIETTIVI 2024

Gli ambiti di applicabilità in tema di accessibilità digitale riguardano anche per l'anno 2024

- a. Processi di supporto ai servizi
- b. Miglioramento della infrastruttura
- c. Supporto alla costruzione del nuovo ospedale (E-Chiara)

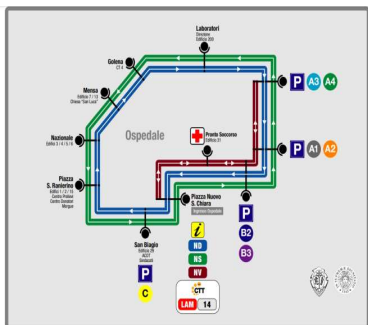
Area	Tipo di progettualità	Ambito di riferimento	Descrizione
Processi di supporto e servizi	Progettualità che persegue il miglioramento dei processi e dei servizi di supporto mediante la dematerializzazione della gestione documentale	<p>-1) Cartella Clinica Elettronica (CCE)</p> <p>-2) Nuovo Sistema Documentale (Dematerializzazione e conservazione digitale della documentazione sanitaria e amministrativa)</p> <p>-3) Sistema dei Pagamenti (Pago PA)</p> <p>-4) Logistica Dispositivi Medici</p> <p>-5) Gestione spazi, patrimonio e servizi di supporto</p> <p>-6) Semplificazione azione amministrativa (Collaboration management)</p>	<p>1) Diffusione completa sui reparti Aoup della CCE - Pleiade a) Estensione dell'abilitazione all'uso della cartella clinica ai reparti nelle aree ricovero ed ambulatoriale. b) Formazione ai professionisti per il completo utilizzo del gestionale, raccolta dei requisiti utente (STU, LDO, Visita Chirurgica) c) Monitoraggio SAL degli sviluppi delle personalizzazioni SW</p> <p>2) Implementazione e sviluppo Nuovo Sistema Documentale A) Attivazione canali di conservazione legale per la documentazione pregressa e predisposizione di canali digitali per la tenuta a norma di legge della documentazione obbligatoria. (mandati di pagamento, verbali PS, esami di laboratorio, referti anatomia patologica, contratti, CCE medica ed infermieristica, Atti amministrativi) B) Messa in produzione di un software per la gestione protocollare full-web con motore di firma digitale remota C) Upgrade processo di digitalizzazione imaging diagnostico su tutte le metodiche in uso mediante potenziamento della infrastruttura di sicurezza a supporto dei processi clinici D) Dematerializzazione dei fascicoli del personale e digitalizzazione dei processi HR connessi</p> <p>3) Attivazione estensiva dei canali Pago PA Conformare il sistema di riscossione a quello dei pagamenti elettronici verso la Pubblica Amministrazione (Regione Toscana) (LIS, CUP, PS, Contabilità, POS)</p> <p>4) Approvvigionamento e Gestione dei Dispositivi medici Tracciamento (identificazione/riconoscimento) mediante introduzione di tecnologie di radio frequenza (Rfid) dei dispositivi presenti in azienda finalizzata al controllo della spesa e del rischio clinico connesso al loro utilizzo.</p> <p>5) Gestione Manutenzioni, Inventari, Attrezzature Sanitarie, Impianti AT 2.0 Metis Sviluppo in house di un SW in grado di migliorare la localizzazione la tracciabilità l'approvvigionamento e la gestione dinamica dei beni elettromedicali e delle tecnologie sanitarie ed informatiche presenti in azienda.</p> <p>6) Sviluppo Nuovo Sistema Collaboration Management Perseguire la semplificazione amministrativa attraverso la standardizzazione di processi aziendali ad alto utilizzo di documentazione cartacea mediante implementazione di gestione documentale multicanale , introduzione di meccanismi collaborativi paperless e standardizzazione workflow di processo</p>

Area	Tipo di progettualità	Ambito di riferimento	Descrizione
Infrastruttura	Progettualità dedicata allo sviluppo Hardware e Software di Base e relative integrazioni	<p>-1) Hardware</p> <p>-2) Software di base (Sviluppo sistema operativo Cartella Clinica elettronica)</p> <p>-3) Integrazione progressiva dei Software verticali (Gestionali terze parti)</p>	<p>1) a Upgrade infrastruttura WI-FI Potenziamento ed espansione del servizio di rete WiFi Aoup per accesso ai servizi attivi in azienda</p> <p>1) b Gestione digitale delle Postazioni di Lavoro Monitoraggio geolocalizzazione assistenza e manutenzione alle postazioni di lavoro</p> <p>2) Sviluppo tecnologico integrato della CCE Completamento sviluppo in house area ricovero e ambulatoriale Ampliamento dei moduli integrabili con software terze parti</p> <p>3) a Sistema Informativo TRASFUSIONALE Integrazione del sistema informativo trasfusionale alla cartella clinica del paziente per la gestione della prestazione e collegamento all'anagrafe assistiti in circolarità anagrafica</p> <p>3) b Sistema Informativo ANATOMIA PATOLOGICA Evoluzione del programma WinSap e sua integrazione con la revisione del percorso chirurgico del pezzo anatomico dalla sala operatoria (Pogetto Tracciabilità pezzi anatomici) al referto in cartella clinica (Integrazione</p> <p>3) c Sistema Informativo PERCORSO AMBULATORIALE CUP 2.0 Riorganizzazione del processo di presa in carico del paziente ambulatoriale, migrazione delle basi dati attive per l'adozione nuovo sistema prenotazione e riscossione delle prestazioni ambulatoriali</p>

Area	Tipo di progettualità	Ambito di riferimento	Descrizione
E-chiara	<p>Il progetto avrà ad oggetto la definizione dell'infrastruttura digitale del Nuovo santa Chiara e l'evoluzione digitale delle strutture esistenti</p> <p>L'elemento del change management sarà pertanto centrale anche in funzione di altri elementi fondamentali richiamati in altre sedi, quali la cloud transformation e l'interoperabilità tra le piattaforme HW e SW che verranno adottati.</p> <p>Nel campo del management aziendale e dell'assistenza così come nella ricerca e nella didattica, sarà essenziale e strategica. Gli Enti potranno portare a fattor comune sia nella fase progettuale che realizzativa per contribuire alla strategia di consolidamento e sviluppo del NSC oltrechè le proprie conoscenze e competenze anche eventuali asset quali infrastrutture di interconnessione, data center, organizzazione etc..</p>	<p>-1) Hardware e Software di base</p> <p>-2) Operations (processi aziendali)</p> <p>-3) Cultura del dato</p>	<p>1) <u>Management aziendale Ricerca e Didattica</u></p> <p>a) <i>Valorizzazione della capacità di gestire e condividere big data attraverso infrastrutture IoT, ad alta connettività</i></p> <p>b) <i>potenziamento della capacità di calcolo/storage, anche al fine di facilitare l'integrazione tra competenze ICT e bio-mediche</i></p> <p>c) <i>sviluppo di progetti di medicina personalizzata, di telemedicina</i></p> <p>d) <i>sviluppo di nuove e più efficaci forme di integrazione tra presidi ospedalieri e medicina territoriale.</i></p>
	1) FASI DEL PROGETTO		
	1. Valutazione e analisi (assessment) dello stato attuale (AS IS);		
	2. Definizione del modello a tendere (TO BE);		
	3. Definizione e validazione del percorso realizzativo (multiproject) ed elaborazione documenti di indirizzo per singoli sottoprogetti;		
4. Realizzazione sottoprogetti;			
5. Monitoraggio stati di avanzamento.			

In questa sottosezione si illustrano i contenuti di due documenti di pianificazione:
Il piano di Mobilità Interna ed il Piano dell'accessibilità

Piano di Mobilità Interna



- Nella seguente tabella sono sinteticamente descritti alcuni progetti e azioni in corso di realizzazione e sviluppo nel triennio 2023-2025, finalizzati a migliorare l'accesso fisico, l'orientamento, la fruizione dei percorsi assistenziali. I progetti e le azioni di miglioramento sono rivolti a tutti gli stakeholders, al personale, ai pazienti e utenti e ai loro accompagnatori, con particolare riguardo ai cittadini ultrasessantacinquenni e ai cittadini con disabilità.

Nel gennaio 2020 nell' Ospedale di Cisanello, per consentire le opere di costruzione dei nuovi edifici, è stato sviluppato un attento piano di mobilità interna per garantire il flusso degli spostamenti limitati dalla presenza del cantiere attivo.

ACCESSI CONSENTITI

ai mezzi di soccorso e agli accompagnatori di pazienti in condizioni di emergenza/urgenza diretti al Pronto Soccorso attraverso l'accesso carrabile al PS (accesso nr. 1) Sono state inoltre ricavate per gli accompagnatori altre aree di sosta limitrofe opportunamente contrassegnate


ai pazienti in dialisi e terapia antalgica: per loro è stato previsto un nuovo accesso presidiato, realizzato appositamente su via Selli (in prossimità della rotonda C. Massart). Ed è stato riservato un parcheggio a rotazione di 40 posti antistante l'ingresso Dialisi

ai pazienti con problemi di deambulazione: questi pazienti, infatti, possono parcheggiare, così come i mezzi delle associazioni che svolgono servizio di trasporto sanitario per pazienti ambulatoriali, in uno spazio riservato del parcheggio A4 (foto 2), di fronte alla fermata del bus navetta, dotato di pedana per accesso carrozzelle (due posti per bus), per poter essere trasportati all'interno dell'ospedale.

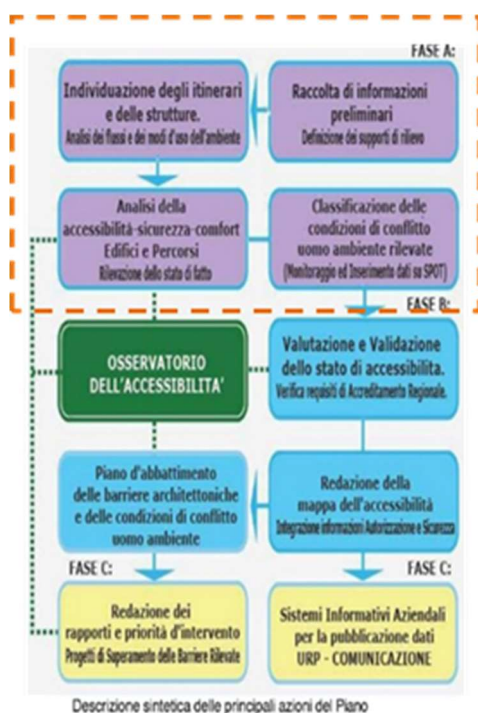
All'interno del perimetro ospedaliero sono rimasti, inoltre, disponibili ulteriori 150 posti, con permesso di sosta di un'ora, cinquanta dei quali sono riservati ai veicoli muniti di contrassegno disabili.

-al servizio gratuito di bus navetta di collegamento con i parcheggi scambiatori: per contenere il numero dei veicoli circolanti all'interno dello stabilimento ospedaliero, favorire la mobilità dei mezzi di soccorso e trasporto sanitario e offrire, al contempo, agli utenti la possibilità di spostamenti interni in modo comodo e rapido è stato potenziato il servizio di Bus navetta che collega il presidio ospedaliero Cisanello con i parcheggi scambiatori.

Obiettivi Anno 2024

Denominazione e obiettivi del progetto/azione	Obiettivi e benefici attesi (outcome)
<p>Servizio accompagnamento e supporto agli utenti per i pagamenti alle casse automatiche</p> 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitare l'accesso ai servizi ospedalieri per quelle persone che hanno difficoltà ad orientarsi all'interno dell'ospedale o che hanno deficit visivi. Il servizio è svolto in collaborazione con le Associazioni di volontariato e con la partecipazione attiva dei partecipanti ai progetti del servizio civile. - Facilitare l'accessibilità fisica mediante la messa a disposizione di varie tipologie di carrozzine, anche con servizio di accompagnamento, per coloro che hanno difficoltà di deambulazione - Facilitare il pagamento del ticket delle prestazioni sanitarie per i non esenti alle casse automatiche per le persone che hanno difficoltà nell'interfacciarsi con strumenti elettronici - Ridurre il numero dei bollettini inviati a domicilio con conseguente miglioramento dell'impatto ambientale (riduzione degli spostamenti, riduzione utilizzo carta, riduzione dei procedimenti di recupero crediti)
<p>Aggiornamento segnaletica interna ed esterna -</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rifacimento tabellone sinottico generale (mappa degli edifici) all'ingresso dei Presidi - Installazione di Totem con sinottico per i vari Lotti posizionati nei punti di accesso e di maggiore percorrenza, - Rifacimento della segnaletica interna ai vari piani, pellicole colorate a terra direzionali ai vari lotti e per percorsi dedicati, - Rifacimento della segnaletica esterna, in particolare, i posti dedicati alle varie categorie protette
<p>Percorsi assistenziali per soggetti con bisogni speciali (PASS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire equità di accesso alle cure tramite percorsi dedicati alle persone con disabilità (motoria, intellettiva, sensoriale) e assicurare adeguata assistenza per rispondere in modo personalizzato ai bisogni delle persone con disabilità - Facilitare l'accesso alle cure e la fruizione dei servizi sanitari alle persone con bisogni speciali. - Rispondere in modo personalizzato ai bisogni assistenziali diagnostici e di cura espressi.

Piano dell'Accessibilità alle sedi dell'Aoup



PROGETTO DI RICERCA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE SEDI DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PISANA". CUP D54E23000030007 E CIG ZA13B73674. Delibera 581 del 27/6/2023

Il piano dell'accessibilità è uno strumento necessario a garantire la pianificazione degli interventi per facilitare l'accesso alle strutture ed i servizi da parte di tutti gli utenti ed in particolare per le persone in condizioni di disagio permanente o momentaneo. Il piano, così come definito dalla normativa vigente, viene realizzato seguendo un layout organizzativo suddiviso in 3 macro-fasi, rilievo elaborazione dei dati, definizione degli interventi, definizione delle azioni da intraprendere per superare le criticità rilevate. Nel corso del 2023 AOUP ha avviato una collaborazione con il Dipartimento di Architettura dell'Università di Firenze

"PROGETTO DI RICERCA PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO DELL'ACCESSIBILITÀ DELLE SEDI DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PISANA". CUP D54E23000030007 E CIG ZA13B73674. Delibera 581 del 27/6/2023

QUADRO NORMATIVO

Legge 28 febbraio 1986, n. 41 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge finanziaria 1986), art. 32, commi 21, 22, 23. **Legge 5 febbraio 1992, n. 104** (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), art. 24, commi 9 e 10. **Legge regionale 9 settembre 1991, n. 47** (Norme sull'eliminazione delle barriere architettoniche), e successivi aggiornamenti. Legge regionale 3 gennaio 2005 n. 1, art. 37, commi 1 e 2; art. 55, commi 1 e 4.

Regolamento 61/R del 24 dicembre 2010 e s.m.i. - Requisiti strutturali impiantistici e tecnologici generali - caratteristiche ambientali e di accessibilità ed eliminazione delle barriere architettoniche

Circolare n°4 del 1 marzo 2002, il Dipartimento dei Vigili del Fuoco del Ministero dell'Interno ha elaborato delle linee guida per la valutazione del rischio d'incendio nei luoghi con presenza di persone con ridotte o impedito capacità motorie, sensoriali o mentali

OBIETTIVI 2024:

Avvio della Fase A:

RILIEVO DELLE CONDIZIONI AMBIENTALI

- A)1-1: Realizzazione di un modello per la mappatura dell'area ospedaliera (predisposizione all'inserimento dei dati su applicativo AT2.0) con identificazione delle nodalità (parcheggi, fermate mezzi trasporto pubblico, servizi accessori privati, etc.) e dei percorsi di collegamento al sistema degli accessi del P.O.
- A)1-2: Identificazione delle unità ambientali omogenee (parcheggi, percorsi, accessi), integrazione con il piano della sosta, della mobilità e della segnaletica, implementazione dei dati relativamente a nuove unità ambientali e alle classi di utenza (bagni, sale di aspetto, persone cieche e persone sorde, persone su sedia a ruote).
- A)1-3: Verifica funzionale dei percorsi di accesso. Verifica dei sistemi di collegamento altre strutture afferenti al P.O. (anche con ausilio di personale disabile afferente all'azienda sanitaria e/o ad associazioni disabili)
- A)2-1: identificazione dell'organizzazione strutturale/organizzativa, con identificazione e catalogazione dei percorsi interni per tipologie e profili di utenza - Mappatura dei Landmark e dei sistemi di segnaletica.
- A)2-2: Definizione di un modulo d'inserimento dati rilevati su software AT2.0 relativamente agli OGGETTI (unità ambientali) rilevati (scale, ascensori, rampe interne, piattaforme di distribuzione, etc...).
- A)2-3: Implementazione delle informazioni (analisi dei requisiti), con raccolta dei dati ambientali relativi anche al quadro esigenziale delle persone cieche e delle persone sorde.
- A) 2-4: Implementazione delle unità ambientali rilevate (sale di aspetto, servizi igienici, front office, luoghi sicuri, etc.)
- A) 2-5: Verifica funzionale degli spazi interni. Analisi dei percorsi, con raccolta delle informazioni relative all'accessibilità, la fruibilità, la sicurezza e l'orientamento delle strutture.

Spazi
Esterni

Spazi
Interni

I servizi sanitari, a cominciare dagli ospedali, contribuiscono in maniera significativa all'impronta ecologica (nei terreni, nelle acque, in atmosfera) e quindi ai cambiamenti climatici che, oltre a causare danni all'ambiente, ne causano alla salute delle popolazioni. Il servizio sanitario deve prendersi cura di disturbi e malattie che sono in parte causati dal servizio stesso (in aggiunta ad altri e più noti danni da iatrogenesi).

L'impronta ecologica dei servizi sanitari è legata alle loro attività, ai prodotti e alle tecnologie che usano, all'energia e alle risorse materiali che consumano, ai rifiuti che generano, agli edifici che costruiscono e occupano.

Programma di contenimento dell'Impatto Ambientale



Il settore sanitario attraverso la gestione degli edifici, l'erogazione dei servizi, l'utilizzo di farmaci, dispositivi medici e tecnologie sanitarie, lo smaltimento dei rifiuti, l'alimentazione, i trasporti contribuisce con il 4-5% al totale delle emissioni in atmosfera di gas clima-alteranti. Un valore significativo, che in termini di emissioni lo colloca al primo posto tra i diversi settori afferenti ai servizi, più o meno come l'intero trasporto aereo. Intervenire su di esso è molto importante anche perché le attività correlate ai servizi sanitari rappresentano una quota considerevole del PIL, pari all'8,3% in Europa e all'8,7% in Italia ed esercitano quindi una forte influenza su molte altre attività economiche, a cui sono intimamente connesse.

Questa impronta ecologica si può misurare e la si può suddividere per settore e attività da cui proviene.

Dopo averla misurata, è possibile prendere misure per ridurla, agendo prioritariamente sui settori e le attività che ne sono responsabili, con priorità per quelli e quelle a maggiore impatto.

L'idea di AOUP è quella che se tutti gli operatori cominciassero a cambiare in massa il loro comportamento, potrebbero con il loro esempio ispirare cambiamenti sociali e ambientali più ampi e più rapidi.

Misure 2024

Ridurre le emissioni di gas-serra degli edifici

Massimizzare l'efficienza energetica dei fabbricati; ove possibile favorire l'illuminazione e la ventilazione naturale degli ambienti; ottimizzare l'utilizzo degli spazi; impiegare fonti luminose a tecnologie LED; sostituire gradualmente le fonti di energia fossile con energie rinnovabili, aumentare gli spazi verdi.

Limitare i trasferimenti e migliorare l'efficienza dei trasporti

Sviluppare strategie di telemedicina e di comunicazione digitale come alternativa ai colloqui diretti, compresi i convegni e gli incontri di formazione; impiegare ambulanze elettriche; realizzare depositi protetti per biciclette (con possibilità di bike-sharing); negoziare sconti per l'uso dei mezzi di trasporto pubblici.

Ridurre il volume dei rifiuti sanitari

La maggior parte dei rifiuti ospedalieri (75-80%) purché raccolti in modo differenziato può essere smaltita con i rifiuti urbani; compatibilmente con la sicurezza del paziente limitare l'impiego di dispositivi monouso; utilizzare preferibilmente materiali riusabili, riciclabili e rinnovabili; eliminare la distribuzione dell'acqua in bottiglie di plastica (ove possibile utilizzare solo acqua del rubinetto).

Promuovere un'alimentazione sana e sostenibile

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.

Contenere l'inquinamento ambientale da farmaci e gas anestetici


Ridurre la sovraprescrizione e quando possibile scegliere farmaci e modalità di somministrazione con minor impatto sull'ambiente; limitare l'impiego di gas anestetici specie l'ossido nitroso e il desflurano (impatto sull'ambiente pari a 2 mila volte quello della CO₂); sostituire i gas utilizzati come propellenti negli inalatori spray per l'asma; preparare confezioni di farmaci con quantità minime; curare lo smaltimento differenziato.

Migliorare l'appropriatezza delle cure

Le prestazioni sanitarie inappropriate, inutili e perfino dannose consumano il 20-30% delle risorse dedicate alla sanità⁴. Un fenomeno molto preoccupante, tanto che il controllo dell'eccesso di prestazioni sanitarie è considerata dall'OMS e dall'OCSE, una tra le più importanti misure di contenimento dell'impronta ecologica dei servizi sanitari, oltre che un valido strumento di miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure. L'eccesso di prestazioni è oggetto di grande interesse da parte del mondo scientifico e ha dato origine a importanti campagne internazionali, tra le quali ricordiamo: Less is more, lanciata nel 2010 da JAMA Internal Medicine, Too much Medicine, promossa nel 2013 dal BMJ e Choosing Wisely avviata nel 2012, negli Stati Uniti, dall'ABIM Foundation e ripresa in Italia da Slow Medicine.

Come è accaduto con il fumo, se la riduzione dell'impronta ecologica diventasse routine in tutti gli ospedali e i servizi sanitari, si potrebbe avere un effetto di trasformazione dei comportamenti. Per questa ragione nel triennio 2024-2026 sono stati inseriti due indicatori specifici finalizzato alla misurazione della riduzione dell'impatto

ambientale dell'attività ospedaliera collegato al sistema incentivante conseguibili nella produttività di risultato legato al risultato del budget annuale assegnato alle strutture.

Denominazione e obiettivi del progetto/azione	Obiettivo	Indicatore /standard
Riduzione impronta ambientale Anno 2022	Elaborazione di un set condiviso di indicatori per la misurazione dell'impatto ambientale	Avvio di Proposta di un set di indicatori che si richiamino -al PABA -al Piano della Mobilità interna, -agli obiettivi di controllo interno delle mense, -all'applicazione delle procedure di smaltimento dei rifiuti Alla gestione smaltimento farmaci
Anno 2023	Inserimento a budget della dimensione in osservazione Predisposizione di un sistema progressivo di premialità Bonus	Inserimento schede di budget della dimensione di analisi in osservazione nell'edificio 30 del presidio di Cisanello (Misurazione e contenimento Consumo carta e Sapone) Verifica efficacia delle misure di efficientamento energetico
Anno 2024 	Inserimento a budget della dimensione in osservazione Predisposizione di un sistema progressivo di premialità Bonus	Inserimento schede di budget della dimensione di analisi in osservazione nel 100% delle strutture <ul style="list-style-type: none"> • Inquinamento ambientale da farmaci e gas anestetici • Migliorare l'appropriatezza delle cure

Le misure di prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza costituiscono un elemento fondamentale di valore pubblico, poiché il perseguimento della legalità, dell'imparzialità e della trasparenza hanno l'effetto di ridurre le diseconomie e le inefficienze e contribuiscono a rendere l'utenza e la società in generale più informati e partecipi. Lo sviluppo di questa dimensione di valore è approfondito nella successiva sottosezione del piano dedicata al tema dell'anticorruzione e della trasparenza.

2.2 Sottosezione Programmazione: Performance

Gli indirizzi programmatici definiti dalla Direzione Aziendale per l'anno 2024 privilegiano il principio della continuità rispetto alle azioni ed ai programmi intrapresi nelle annualità precedenti. Richiamando i contenuti della deliberazione GRT n.70 del 2023 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 ANALYSIS 2023	<p>ALTA SPECIALITÀ chirurgica e medica</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>Cultura diffusa del BENESSERE ORGANIZZATIVO (Gender Equality Plan, Smart Working)</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>"Duplice veste" OSPEDALE DI CITTÀ/ALTA SPECIALITÀ</p> <p>Criticità nel sistema di approvvigionamento "specialistico" dalla Centrale di committenza</p> <p>ICT e PROCESSI INTERNI NON DIGITALIZZATI</p> <p>Capacità comunicativa verso gli stakeholder</p>	<p>Permanenza di alcuni MODELLI ORGANIZZATIVI DI STAMPO BUROCRATICO</p> <p>COESISTENZA CANTIERE APERTO per la costruzione del nuovo Ospedale</p> <p>Vincoli di spesa sui singoli fattori produttivi (non posso aumentare i ricavi per ridurre i costi...)</p> <p>Mancata estensione dei modelli di Self-Acettazione</p>
	Punti di forza – S		W – Punti di debolezza	
	Opportunità – O		T - Minacce	
<p>Integrazione con Università (nuovo Atto Aziendale)</p> <p>Sviluppo e Potenziamento SERVIZI AREA AMBULATORIALE</p> <p>REVISIONE DEL PERCORSO CHIRURGICO privilegiando le eccellenze</p> <p>Rafforzamento INTEGRAZIONE CON TERRITORIO (NUOVO P.A.V.)</p> <p>Consolidamento e SVILUPPO DELLA SANITÀ DIGITALE</p>	<p>Il NUOVO SANTA CHIARA (smart H)</p> <p>Rafforzamento del processo di APPROVAZIONE STUDI CLINICI</p> <p>Nuovo contratto collettivo Dirigenza Medica</p> <p>Nuovi Dipartimenti</p> <p>Capacità di reperimento di fondi per la ricerca e le sperimentazioni cliniche</p> <p>Investimenti da fondi PNRR</p>	<p>Sistema 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>TREND PERSONALE</p>	

LA PERFORMANCE AZIENDALE INTEGRATA NEL PIAO

Sviluppo delle strategie Regionali e Aziendali



Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

Tipologia di controllo e responsabilità

IL SISTEMA DEI CONTROLLI

LE DIMENSIONI interne di AOUP

1.1 Linee di indirizzo Regionale 2023-2024*

*Non ancora disponibili aggiornamenti al momento della redazione del documento

Sanità Digitale

- Dematerializzazione Prescrizione Specialistica
- Dematerializzazione Prescrizione Farmaceutica
- Telemedicina (teleconsulti e televisite e follow up)
- Riqualificazione Personale: Partecipazione Syllabus
- Riqualificazione Personale FSE

Efficienza della rete dei servizi sanitari

- Sostegno alla campagna vaccinale: popolazione fragile
- Riduzione della variabilità dell'offerta

Efficacia e monitoraggio degli esiti

- Valutazione Bersaglio - LabMes
 - Valutazione PNE - Agenas
 - Valutazione ProLeA e Prose – ARS
- Sostenibilità Economica e Posizionamento di Sistema

Controlli Esterni		Controlli Interni		Le dimensioni del Piano della Performance confluite nel Budget 2024	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 Regione Toscana -		Dipartimento Area Amministrativa		Formazione	Piano Formazione (Anno 2024)
Regione Toscana -				Formazione	Piano Formazione (Anno 2024) Budget 2024
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
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
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

1.2a Linee di indirizzo Aziendale

Le dimensioni del Piano della Performance confluite nel Budget 2024

Fonte /Documento di programmazione

	Controlli Esterni	Controlli Interni	Le dimensioni del Piano della Performance confluite nel Budget 2024	Fonte /Documento di programmazione
1.Posizionamento Mantenimento della Vocazione Chirurgica <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	INPATIENS Linea Chirurgica Equilibrio di Bilancio OUTPATIENTS Linea Chirurgica Linea Ricovero Elettivo Linea Ricovero in urgenza Linea Ambulatoriale Appropriatezza accessi ICU	Piano della Performance (Anno 2024) Budget 2024
2.Consolidamento e Sviluppo Alta Specialità e Metodiche Innovative: <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	INPATIENS Linea Chirurgica Equilibrio di Bilancio	Piano della Performance (Anno 2024) Budget 2024
3.Riorganizzazione dei modelli operativi <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)
4.Valorizzazione del Capitale Umano <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 	Regione Toscana	Direzione Sanitaria - UO Organizzazione Servizi Ospedalieri Direzione Amministrativa Uo Gestione e Politiche del Personale Organizzazioni Sindacali CUG	Progetti aziendali	<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 Plane (Anno 2024)


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)
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. Accredimento 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 Accredimento e Qualità UO Controllo di Gestione	Progetti Aziendali	<ul style="list-style-type: none"> Piano Qualità e Sicurezza Verifiche Accredimento Volontario 2024 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
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>Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Trasparenza</p> <p>Il PTPC, individua quali obiettivi strategici del triennio: RIDURRE l'opportunità che si manifestino casi di corruzione; AUMENTARE della capacità di intercettare casi di corruzione; CREARE un contesto sfavorevole alla corruzione.</p>	<p>È un documento aziendale di natura programmatica, di durata triennale a scorrimento, progressivamente strutturato ed implementato con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse.</p> <p>Rappresenta uno strumento che definisce la strategia di prevenzione della corruzione a livello aziendale e delle singole strutture, e tiene conto delle indicazioni fornite di tempo in tempo dall'ANAC con l'ultimo Piano Nazionale Anticorruzione/PNA 2022 approvato con delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione n. 7/2023</p> <p>. Con specifico provvedimento del Direttore Generale, aggiornato annualmente, secondo uno standard introdotto in Azienda con la delibera n° 141 del 27.2.2023, 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 di prossima adozione costituisce attuazione del presente PIAO e ad esso si rinvia, per quanto qui non contenuto.</p>
--	--

Strategie dell'AOUP per il contrasto alla corruzione

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

- **Sistema dei Controlli Interni (SCI)** secondo il modello 'a Tre Linee', nel quale trova collocazione una funzione di internal auditing;
- **Collaborazione tra il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT)** e le altre funzioni di controllo interno di natura trasversale;
- **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 continua dei rischi d'illegalità e 'cattiva amministrazione'** per i processi e le attività aziendali, utilizzando metodi aggiornati e di natura 'qualitativa';
- **Monitoraggio continuo 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 ulteriore 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'AOUP, compreso il personale universitario (sia quello in regime di diritto pubblico, sia quello in regime contrattualizzato) che svolge attività inerenti all'assistenza sanitaria, a supporto o in collegamento diretto con essa. I medesimi soggetti sono tenuti all'applicazione e al rispetto delle disposizioni che l'AOUP emana per l'attuazione delle strategie.

L'implementazione delle strategie e degli obiettivi relativi di prevenzione 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 strutturalmente a mitigare i rischi per l'Azienda, le strategie aziendali per la Trasparenza.

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, contratti o collaborazioni.

L'AOUP ha saldamente recepito nel proprio sistema di controllo interno le misure di trasparenza e di accountability che il SSR toscano ha da tempo introdotto 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 e 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.

Sono previste anche misure particolari 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; inoltre per dare la massima visibilità all'andamento degli interventi, gli atti deliberativi ed i provvedimenti dirigenziali di attuazione dei progetti PNRR sono contrassegnati nell'oggetto da una sigla identificativa. 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 C2 1.2 '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)

L'AOUP ha sviluppato uno SCI aziendale a 'Tre Linee'. La prima comprende i controlli diretti ad assicurare il corretto svolgimento delle operazioni a livello delle strutture operative e delle funzioni coinvolte in un dato processo, a cura dei relativi responsabili. La seconda linea comprende i controlli trasversali a più strutture e linee produttive, che riguardano la gestione dei rischi o verifiche di tipo andamentale, i controlli sugli obiettivi assegnati alle varie funzioni operative, la coerenza tra obiettivi e operatività: sono di competenza di strutture o organismi diversi da quelli impegnati su processi operativi e produttivi: es. OIV, Collegio Sindacale, Controllo di Gestione, Risk Management, Responsabile Protezione Dati Personali RPCT. La terza linea è rappresentata dall'attività di internal auditing che valuta la funzionalità del complessivo SCI aziendale, attraverso un controllo continuo di natura indipendente.

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 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 per linee il SCI dell'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 / Accredimento 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

La trasparenza dell'attività amministrativa, costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione ed è assicurata dall'Azienda mediante la pubblicazione sul sito web istituzionale delle informazioni rilevanti stabilite dalla vigente normativa.

La trasparenza rappresenta inoltre uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa.

Per tale motivazione, nell'ottica di perseguire un livello di trasparenza più ampio, in AOUP è stato deciso di pubblicare dati e informazioni ulteriori e aggiuntivi rispetto a quanto reso strettamente obbligatorio dalla normativa (D. Lgs. n. 33/2013) nella sezione 'Amministrazione Trasparente' della home-page del sito web aziendale, nella sottosezione 'Altri Contenuti' - "Dati Ulteriori".

Degna di nota per il 2024 risulta la pubblicazione degli obblighi in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture come previsto dal novellato art. 37 del d.lgs. 33/2013 e dal nuovo Codice dei contratti di cui al d.lgs. n. 36/2023 che ha acquistato efficacia dal 1° luglio 2023.

Il nuovo Codice dei contratti (d.lgs. n. 36/2023) ha introdotto a partire dal 01 gennaio 2024 la completa digitalizzazione dei contratti e la conseguente nuova modalità di pubblicazione dei dati nella sezione denominata "Bandi di Gara e Contratti" all'interno di "Amministrazione Trasparente".

In particolare, sulla trasparenza dei contratti pubblici il nuovo Codice ha previsto:

- che le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) presso l'ANAC da parte delle stazioni appaltanti attraverso le piattaforme di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);
- che spetta alle stazioni appaltanti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al d.lgs. 33/2013;

– che le disposizioni in materia di pubblicazione di bandi e avvisi e l'art. 29 del d.lgs. 50/2016 recante la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza (cfr. Allegato 9 al PNA 2022) continuano ad applicarsi fino al 31 dicembre 2023;

Da quanto sopra descritto la trasparenza per i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture avviati a partire dal 01 gennaio 2024 sarà garantita attraverso un collegamento ipertestuale (link) che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP. Il collegamento ipertestuale (link) sarà pubblicato da parte della struttura responsabile, in un'apposita sottosezione denominata "Procedure avviate a partire dal 01/01/2024" appartenente alla sezione "Bandi di Gara e Contratti" all'interno di "Amministrazione Trasparente".

Inoltre per ciascuna procedura avviata a partire dal 01 gennaio 2024 saranno pubblicati nella sezione "Bandi di Gara e Contratti", qualora esistenti, i dati e le informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP e che sono individuati nell'Allegato 1 alla Delibera ANAC n264 del 2006/2023, così come modificata dalla Delibera ANAC n. 601 del 19/12/2023.

Per la pubblicazione dei dati in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture e di tutti gli altri dati previsti dal dlgs 33/2013 in AOUP rimane in vigore la modalità diffusa di pubblicazione.

La modalità diffusa di pubblicazione, adottata da tempo in AOUP, presuppone che la competenza e la responsabilità sia posta in capo ai responsabili delle strutture in cui si formano i dati e le informazioni oggetto di obbligo di pubblicazione ex Dlgs 33/2013.

Le strutture competenti e responsabili della pubblicazione dei dati in "Amministrazione Trasparente" sono individuate specificatamente nell'allegato D 5 al documento aziendale contenente il sistema di controllo e misure per la prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza adottato con delibera aziendale.

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.

Il Dipartimento è una struttura sovraordinata rispetto alle strutture operative relativamente agli aspetti gestionali loro assegnati.		
<p>Il Dipartimento (ex Dlgs. 502/92)</p> <p>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).</p>	<p>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.</p> <p>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)</p>	<p>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.</p> <p>"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)</p>

I D.A.I. è costituito da strutture omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità tra loro indipendenti, mantenendo la propria autonomia e responsabilità in ordine agli aspetti clinico-assistenziali e gestionali, nell'ambito dei compiti e delle risorse attribuite alle strutture organizzative afferenti al DAI attraverso la procedura di budget.

I D.A.I., di concerto con la Direzione Sanitaria, concordano i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, intra e interdipartimentali, attribuendone la responsabilità operativa ad un responsabile di percorso scelto tra il personale delle strutture coinvolte.

Sono funzioni del D.A.I.:

1. la efficiente gestione delle risorse assegnate alle singole strutture organizzative afferenti al DAI, coordinandone l'utilizzo con i Direttori delle strutture medesime al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi assegnati;
2. la gestione delle attività diagnostico-terapeutiche, assistenziali e riabilitative;
3. la gestione dei percorsi professionali e di carriera;
4. l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca, tramite periodici piani di attività;
5. la verifica, valutazione e monitoraggio periodici infrannuali, dei risultati raggiunti e l'adozione delle misure correttive susseguenti.

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.

Sono organismi interni di ciascun D.A.I il Direttore di Dipartimento, il Comitato di Dipartimento, l'Assemblea di Dipartimento.

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.

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

	CENTRI CLINICI ATTIVI	CENTRI CLINICI da attivare nel triennio
Centri Clinici	Centro di Chirurgia Robotica	Centro colon retto
	Centro Multidisciplinare di Ricovero breve	Centro Reumatologico
	Centro Senologico	Centro Clinico Pancreas
	Centro Trauma	Centro Protesico*
	Centro Clinico Cuore	Centro Neurochirurgico*
	Centro Clinico Toracico	
	Centro Oncologico Ortopedico	
	Centro Proctologico e pavimento pelvico	
	Centro Clinico Chirurgia del Peritoneo	
	Centro Clinico per le malattie neurodegenerative - Parkinson e disordini del movimento	
Centro Endocrino chirurgico		
Percorsi Diagnostico Terapeutici	PDTA Miastenia	PDTA Chirurgia epatica
	PDTA Interaziendale per pazienti affetti da SLA in fase avanzata	PDTA Melanoma cutaneo
	PDTA Coagulopatie	PDTA Malattie infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)
	PDTA Labio palatoschisi	PDTA Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)
	PDTA Interstiziopatie polmonari	
	PDTA Melanoma oculare	
	PDTA Disforia di genere	
Centro Risorse Biologiche	Biobanca Multi specialistica , l'obiettivo di <i>biobancare</i> 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	

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).

3.2 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

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

ELEMENTI di connessione agli altri documenti di programmazione:

Piano del Fabbisogno del Personale
Piano della Formazione
Accesso digitale ai servizi
Piano della Transizione Digitale

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

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;

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

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.

3.3 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 AOUP 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 2024

Le misure richiamate nel presente piano sono stati approvati con **Delibera GRT n. 40 del 22 gennaio 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-2024 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) Recepito 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 Mensile	Ridurre i rischi di illegalità, rafforzare l'impianto di controllo, promuovere livelli di trasparenza aggiuntivi rispetto a quelli previsti da normativa 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 	Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza (RPCT) Direzione Sanitaria UOC Organizzazione Servizi Ospedalieri UO Cabina di Regia Ambulatoriale	OIV, ANAC Regione Toscana	Legge 190/2012, PNA 2023
	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 AOUN 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'AOUN 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 2024-2026

- 1) PIANO ANNUALE DELLA FORMAZIONE 2024
- 2) Delibera GRT n.40 del 22/01/2024
- 3) PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE