



**PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA'  
E ORGANIZZAZIONE (PIAO)**

**2024 - 2026**

## INDICE

1. **PREMESSA GENERALE** pag. 4
2. **SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE** pag. 9
  - 2.1 **Da dove veniamo**
  - 2.2 **Chi siamo**
    - 2.2.1 *Mission*
    - 2.2.2 *Vision*
    - 2.2.3 *Assistenza*
    - 2.2.4 *Didattica e Formazione*
    - 2.2.5 *Ricerca e Innovazione*
  - 2.3 **L'Azienda in cifre**
3. **VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE** pag. 18
  - 3.1 **Quale valore pubblico**
  - 3.2 **Performance**
  - 3.3 **Rischi corruttivi e trasparenza**
    - 3.3.1 *Premessa*
    - 3.3.2 *Definizione di corruzione*
    - 3.3.3 *Contesto esterno*
    - 3.3.4 *Contesto interno*
    - 3.3.5 *Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione aziendale*
    - 3.3.6 *Procedimento di formazione, predisposizione e adozione della Sottosezione*
    - 3.3.7 *Collegamento tra sistema di prevenzione e PNRR*
    - 3.3.8 *Obiettivi strategici specifici della prevenzione della corruzione e trasparenza*
    - 3.3.9 *Gestione del rischio corruzione e mappatura dei processi*
    - 3.3.10 *Programmazione dell'attuazione della trasparenza*
    - 3.3.11 *Monitoraggio, Relazione del Responsabile della prevenzione e note finali*
4. **ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO** pag. 50
  - 4.1 **Modello organizzativo dell'A.O.U. Meyer IRCCS**
  - 4.2 **Strumenti organizzativi**
  - 4.3 **Organigramma**
  - 4.4 **Piano dei fabbisogni del personale**
  - 4.5 **Organizzazione del lavoro agile**
    - 4.5.1 *Dalla fase emergenziale alla fase strutturale*
    - 4.5.2 *Le modalità attuative: le condizionalità ed i fattori abilitanti*
    - 4.5.3 *Individuazione preliminare delle attività "smartabili"*
    - 4.5.4 *Competenze e soggetti coinvolti*
    - 4.5.5 *Strumenti per l'attuazione del lavoro in modalità agile*
    - 4.5.6 *Principi, obiettivi generali, e collegamento con i sistemi di misurazione della performance*

#### **4.6 Formazione del personale**

### **5. MONITORAGGIO**

pag. 68

#### ***Documentazione allegata***

*Allegato 1 - Metodologia di analisi del rischio \_Sottosezione rischi corruzione e trasparenza*

*Allegato 2 - Scheda Aree di rischio mappate \_Sottosezione rischi corruzione e trasparenza*

*Allegato 3 - Tabella trasparenza \_Sottosezione rischi corruzione e trasparenza*

## ***1. PREMESSA GENERALE***

Il Piano integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), introdotto dall'art. 6 del D.L. 80/2021 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, è un documento programmatico triennale, con aggiornamento annuale. Il PIAO rappresenta un documento unico di programmazione e governance che assorbe, in ottica di semplificazione e integrazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni ed in particolare, tra gli altri, il Piano della performance, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile – POLA, Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e di promozione della Trasparenza, la Programmazione dei Fabbisogni Formativi, il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale.

Si inserisce tra le misure operative previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per accompagnare la riforma della Pubblica Amministrazione.

Il PIAO definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni del personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;

- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività, inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure, effettuata attraverso strumenti automatizzati;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi (comma 2);
- le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

Si ricorda, come peraltro già specificato nel precedente PIAO 2023 – 2025, che l'A.O.U. Meyer IRCCS è coinvolta in un processo di riorganizzazione fortemente impattante, conseguente al riconoscimento, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13, comma 3, del D.Lgs. 288/2001, del carattere scientifico dell'A.O.U. Meyer per la disciplina di "Pediatria".

Tale percorso ha avuto origine da una precisa volontà della Regione Toscana che, in considerazione del progressivo rilievo del ruolo dell'A.O.U. Meyer sotto il profilo scientifico, ha ritenuto strategico per il sistema regionale avviare il percorso di riconoscimento ministeriale quale Istituto di Ricerca e Cure a Carattere Scientifico (IRCCS), come formalmente espressa con DGRT n. 1647 del 21/12/2020 (Avvio delle attività propedeutiche all'iter per il riconoscimento dell'A.O.U. Meyer quale Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformato in fondazione) e successivamente con DGRT n° 861 del 09/08/2021 (Istanza di riconoscimento dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer quale nuovo istituto di ricovero e cura a carattere scientifico ex d.lgs. 288/2003).

L'iter amministrativo si è concluso con l'emanazione del decreto del Ministero della salute in data 02 agosto 2022 che ha ufficialmente riconosciuto il carattere scientifico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer (pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del 27 agosto 2022).

Il raggiungimento di tale obiettivo assume pertanto rilevanza strategica sia a livello regionale che aziendale: il riconoscimento del Ministero della Salute del carattere scientifico del Meyer come realtà ospedaliera che tratta particolari patologie di rilievo nazionale, permetterà al pediatrico fiorentino di allinearsi con le altre strutture di eccellenza presenti sul territorio nazionale e consentirà al Meyer, di fruire di finanziamenti statali, che andranno ad aggiungersi a quelli regionali, finalizzati esclusivamente allo svolgimento della ricerca, permettendo così un ulteriore sviluppo delle attività scientifiche a beneficio di tutto il sistema regionale.

Nel precedente PIAO si prevedeva che nel corso del 2023 l'attività della Direzione Aziendale dell'A.O.U. Meyer IRCCS fosse finalizzata all'adeguamento dell'organizzazione aziendale alla normativa

specifica statale e regionale di riferimento ed alla prosecuzione nel percorso di ampliamento, come lo è stato negli anni, delle attività di ricerca in atto e di attivazione delle nuove, usufruendo anche dei finanziamenti statali che saranno specificatamente erogati dal Ministero della Salute.

Ciò è avvenuto in parte in quanto solo nel luglio 2023 si è concluso il percorso legislativo regionale di adeguamento della normativa regionale di riferimento (L.R. 20/07/2023 n. 29 di aggiornamento della L.R. 16./03/2023 n. 12) che ha introdotto nel sistema le norme in materia di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici; nello specifico, oltre a recepire le previsioni normative nazionali in materia di organizzazione degli IRCCS pubblici, le disposizioni confermano che essi sono parte integrante del servizio sanitario regionale nel cui ambito svolgono funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività assistenziali, di ricerca e di formazione, partecipando altresì al sistema della ricerca nazionale ed internazionale. L'art. 13 della citata Legge regionale prevede disposizioni transitorie per il passaggio del Meyer da Azienda Ospedaliero Universitaria ad Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS. Le modifiche apportate alla normativa regionale di riferimento ha consentito il concreto avvio del percorso di attuazione del nuovo assetto organizzativo dell'A.O.U. Meyer IRCCS formalizzato con deliberazione n. 653 del 14.12.2023 avente ad oggetto l'approvazione della proposta Regolamento di organizzazione e funzionamento, che andrà a sostituire lo Statuto Aziendale in vigore dal febbraio 2021. L'iter di adozione del citato Regolamento prevede il parere positivo sia della Giunta Regionale in merito alla coerenza con la programmazione regionale, che del Ministero della Salute per le funzioni di vigilanza e controllo di competenza, da esprimersi entro 40 giorni dal ricevimento dello stesso.

Altro passaggio cruciale per garantire la sussistenza dei principi generali e delle regole normativamente previste e caratterizzanti un IRCCS, è costituito dall'ampliamento della governance aziendale con due ulteriori organi, ossia il Comitato di valutazione ed indirizzo ed il Responsabile Scientifico.

Si rende inoltre necessario conformare alla nuova natura giuridica dell'Azienda secondo la disciplina degli IRCCS pubblici, gli accordi con l'Università attuativi del Protocollo d'intesa sottoscritto dalla Regione Toscana e le Università di Firenze, Pisa e Siena nella stesura aggiornata con DGRT n. 2102 del 30/10/2017, dando al contempo atto delle esperienze in corso e degli strutturati ed esistenti rapporti di collaborazione al fine di ulteriormente valorizzarli verso le rispettive missioni: assistenziali e di ricerca per l'IRCCS, di formazione, ricerca, assistenza e terza missione per l'Università, mettendo a fattore comune la propensione all'innovazione ed al trasferimento tecnologico propria di ambedue le parti.

Ulteriore step nel processo riorganizzativo attiene infine alla costituzione presso l'IRCCS di una *"Piattaforma congiunta integrata di ricerca e di ricerca traslazionale IRCCS – Università"* finalizzata a facilitare la collaborazione tra Università ed IRCCS in programmi congiunti di ricerca, rafforzando il coordinamento delle reciproche attività di ricerca, integrando competenze e risorse umane, sia in coerenza con la programmazione dell'IRCCS approvata dal Ministero della Salute, sia nel rispetto delle

programmazioni di ricerca dell'Università. Lo specifico accordo da stipularsi con l'Università degli Studi di Firenze vedrà le parti impegnate in particolare:

- a) ad integrare competenze, tecnologie e risorse umane nell'ambito degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale, del Piano Nazionale della Ricerca, del Piano nazionale della Ricerca Sanitaria, nel rispetto dell'area di riconoscimento dell'IRCCS e delle relative linee di ricerca, rafforzando il coordinamento delle reciproche attività di ricerca;
- b) a sviluppare laboratori e facilities condivise;
- c) a svolgere attività di comune interesse, finalizzate a favorire l'interazione fra le parti per il conseguimento di una migliore qualità nell'attività di ricerca biomedica, traslazionale e clinica;
- d) ad attivare forme di collaborazione con lo scopo di promuovere ed implementare l'approccio traslazionale alla ricerca scientifica sperimentale, clinica e applicata ai percorsi formativi di competenza dell'Università.

A tale significativo percorso di cambiamento si è aggiunto l'avvicendamento dei vertici dirigenziali dell'Azienda, avviatosi con il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 149 del 28.08.2023 di nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS, Dr. Paolo Morello Marchese.

La Direzione Aziendale, insediata dal 1 settembre 2023, è pertanto impegnata nel garantire il completamento degli atti sopra richiamati che daranno completa attuazione alla riorganizzazione aziendale conseguente alla nuova natura giuridica dell'ente.

Di conseguenza con riguardo alla programmazione delle strategie aziendali e della loro declinazione in obiettivi, indicatori e risultati, l'Azienda sta vivendo il passaggio di avvicendamento ai vertici della Direzione e di messa a punto delle nuove linee strategiche ed introduzione di modifiche organizzative rilevanti. Ciò si riflette inevitabilmente anche sul piano dell'individuazione attuale degli obiettivi specifici che verranno meglio declinati a seguito dello sviluppo del quadro strategico e organizzativo.

Nelle more di tali evoluzioni si rimanda ai contenuti del Piano Performance 2021 – 2023, approvato con deliberazione n. 58 del 01.02.2021, che conserva ancora la sua valenza e all'apposita sottosezione del presente PIAO, di cui al punto 3.2.

Per quanto attiene alla formalizzazione e approvazione di un Piano aggiornato del fabbisogno del personale, già di non semplice stesura considerato il succitato riconoscimento IRCCS e le relative conseguenze organizzative, si segnala che è tuttora in vigore il Piano dei Fabbisogni di personale 2023-2025 adottato con Delibera del DG n. 362 del 22.06.2023 e che attualmente l'azienda AOU Meyer IRCCS ha chiesto un periodo di proroga al 31 gennaio 2023 per l'adozione del nuovo Piano.

Conseguentemente al quadro sopra descritto, questa Azienda ha ritenuto di adottare il PIAO aziendale alla data odierna offrendo una propria rappresentazione a breve termine per sviluppare in modo dinamico un nuovo Piano con il consolidamento della istituenda nuova realtà; al contempo nella rappresentazione sono stati individuati molti dati qualitativi e quantitativi di riferimento, per quanto attiene la produzione aziendale, i fattori produttivi utilizzati, la pervasività regionale ed extraregionale. Il presente documento integra lo stato dell'arte raggiunto e presenta le progettualità di sviluppo (passibili anche di sensibili variazioni nel tempo) con differenziazioni relative agli specifici contesti trattati.

Il presente Piano costituisce il frutto dell'integrazione di diverse sottosezioni che, a loro volta, trovano specificazione e dettaglio nella documentazione già resa disponibile attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale. I singoli ambiti di analisi, trattati nella loro compiutezza, prevedono al loro interno l'indicazione dei processi di attuazione degli obiettivi specifici e degli impegni assunti, nonché le correlate attività di monitoraggio volte a verificarne lo stato di raggiungimento.

Ci si riserva eventualmente con un successivo documento - da redigersi successivamente all'approvazione degli organi regionali e nazionali attuazione della "Proposta del Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'AOU Meyer IRCCS" (Delibera Aziendale n. 653 del 14.12.2023) che andrà a sostituire lo Statuto Aziendale in vigore dal febbraio 2021- la più puntuale e completa rappresentazione delle strategie aziendali, il corretto utilizzo dei fattori produttivi, tra i quali spicca il fattore umano e la relativa organizzazione oltre l'attenzione all'anticorruzione ed alla trasparenza dell'azione amministrativa attraverso la predisposizione di un nuovo PIAO che si caratterizzi per completezza, compiutezza, nonché integrazione dei propri contenuti.

## ***2. SCHEDE ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE***

### ***2.1 Da dove veniamo***

Nella città di Firenze, nel 1891, nasce una delle prime strutture che in Europa si dedica esclusivamente alla cura dei bambini. E' l'ospedale pediatrico che il commendatore Giovanni Meyer dedica alla moglie Anna Meyer precocemente deceduta, donandolo poi alla città.

E' in questa struttura, chiamata affettuosamente "ospedalino" dai fiorentini, che nasce la pediatria. Sino ad allora il "fanciullo" era considerato come un adulto e senza distinzione di ricovero. Ne è testimone Anna Meyer che ne rimane sconvolta. Per questo il marito fa costruire un edificio che anticipa l'evoluzione della medicina su scala sovranazionale, in linea con le migliori idee dei Paesi europei più avanzati.

Al Meyer, che ha come missione unica ed esclusiva quella di curare i bambini e gli adolescenti, si formano coloro che diverranno i padri della moderna pediatria come il professore Giuseppe Mya, con i suoi studi sulla TBC e Carlo Comba, famoso per le sue ricerche in campo neurologico infantile e per la diffusione della vaccinazione anti-difterica che dimezza la mortalità tra i bambini ricoverati. Nell'immediato dopoguerra il professore Cesare Cocchi contribuisce a vincere la meningite tubercolare rendendo molto noto il Meyer nel contesto mondiale.

Nel 1995 il Meyer ottiene il riconoscimento di ospedale di alta specializzazione e il 14 dicembre del 2007 si completa il trasferimento nella nuova e moderna sede di Villa Ognissanti, sulle colline fiorentine. Una struttura non solo avanzata ma rispettosa dell'ambiente in cui è inserito, attornata da un parco secolare e realizzata con materiali caldi e naturali.

In questo contesto il Meyer si sviluppa velocemente attestandosi come una delle più dinamiche realtà pediatriche in Europa. Oggi l'ospedale pediatrico di Firenze è un punto di riferimento italiano e internazionale per la cura, la ricerca e l'assistenza dei bambini, tenendo fede – a distanza di oltre centotrenta anni – a quell'atto altruistico da cui tutto ha avuto inizio in quel lontano 1891.

### ***2.2 Chi siamo***

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer IRCCS (A.O.U. Meyer Irccs) ha personalità giuridica pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'A.O.U. Meyer IRCCS fa parte del Servizio Sanitario Nazionale ed in particolare del Sistema Sanitario della Regione Toscana. L'Azienda è integrata con l'Università degli Studi di Firenze con la quale svolge, in maniera unitaria, funzioni di assistenza, didattica e ricerca. Si caratterizza per le attività di diagnosi, cura e riabilitazione rivolte ai piccoli pazienti sino al raggiungimento della loro maggiore età nel rispetto, comunque, del principio della continuità assistenziale.

Il Meyer è ospedale pediatrico di alta specializzazione e centro di riferimento nazionale per l'elevata complessità pediatrica. Dispone di 250 posti letto multi-specialistici ed è dotato di tutte le specialità pediatriche mediche e chirurgiche di area pediatrica.

Le moderne tecnologie si associano all'attività di ricerca e alle nuove terapie per il raggiungimento di alti livelli assistenziali in un contesto di umanizzazione e di servizi di accoglienza per le famiglie e i piccoli pazienti.

Grazie a un percorso durato tre anni, dopo un intenso procedimento di verifica, a dicembre del 2020, il Meyer ha ottenuto l'accreditamento internazionale dalla Joint Commission International (JCI) come Academic Medical Center Hospital. Un riconoscimento prestigioso che certifica lo standard di eccellenza raggiunto dall'ospedale pediatrico fiorentino e che lo proietta nel panorama delle realtà pediatriche più avanzate a livello nazionale e internazionale per il livello delle cure e della sicurezza garantiti ai piccoli pazienti. Nel mese di marzo 2024 è programmata una nuova verifica da parte della Commissione ai fini di confermare il riconoscimento ottenuto.

Ad oggi, infatti, l'accreditamento JCI rappresenta lo strumento più efficace ed esauriente al mondo per migliorare la sicurezza e la qualità in sanità.

La struttura è collocata ai piedi delle colline fiorentine e distribuita su 32.671 metri quadrati con 5 mila metri quadrati di giardini sulle terrazze e sul tetto, ed è attornata da un parco di 72 mila metri quadrati. Lavorano al Meyer circa 1.450 persone, compreso il personale universitario dedicato all'attività assistenziale.

L'Azienda ha la sua sede legale a Firenze in viale Gaetano Pieraccini, 24.

P. Iva e C.F.: 02175680483

Sito internet istituzionale: [www.meyer.it](http://www.meyer.it)

Pec Aziendale: [meyer@postacert.toscana.it](mailto:meyer@postacert.toscana.it)

Il logo dell'Azienda da inserire in tutti gli atti ufficiali è il seguente:



### 2.2.1 Mission

Le finalità istituzionali dell'A.O.U. Meyer IRCCS sono la cura e il benessere dei bambini, un'assistenza clinica integrata con la didattica, la ricerca scientifica nonché l'erogazione delle attività formative necessarie al trasferimento delle competenze pediatriche a studenti, specializzandi e operatori pediatrici. La mission aziendale è costantemente orientata e impegnata a fornire le migliori cure possibili per il trattamento e la guarigione dei piccoli pazienti che provengono dall'Italia e da altri Paesi e, a completamento e parte della cura, ad accompagnare e sostenere le famiglie in tutto il percorso assistenziale.

L'Azienda, nell'offrire tutte le discipline a indirizzo pediatrico, specialistiche, mediche e chirurgiche, intende rappresentare una struttura di riferimento a livello nazionale e internazionale per le patologie complesse.

Ulteriore mission attribuita all'azienda è il coordinamento e il riferimento per la rete pediatrica regionale, modello che si pone l'obiettivo di fornire risposte omogenee ai bisogni di salute della popolazione pediatrica su tutto il territorio regionale ed in particolare è rivolto a favorire la cooperazione tra i professionisti dei poli pediatrici ospedalieri ed i pediatri di famiglia nell'assicurare percorsi clinico assistenziali integrati, ottimizzando il raccordo ospedale-territorio, oltre a elaborare programmi sul miglioramento dell'assistenza, la promozione della formazione e della ricerca.

### 2.2.2 Vision

La vision che l'A.O.U. Meyer IRCCS propone è ancorata alla sua missione mirata ad offrire le migliori cure possibili ai piccoli pazienti e sostegno alle famiglie, impegnandosi a rafforzare il lavoro di cura come paradigma medico-terapeutico, inteso nella sua dimensione salutogenica, come fattore protettivo ed in ottica di sviluppo del benessere e promozione della salute, come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo approccio si lega necessariamente e coerentemente alla didattica ed alla ricerca, attività fondamentali e distintive dell'Azienda.

I valori fondanti - individuati attraverso un percorso partecipato dei suoi dipendenti che ne ha consentito la condivisione, posti quale guida del proprio agire e costante riferimento per il futuro - sono:

- **passione e responsabilità**: il complesso e delicato lavoro in ambito sanitario e la peculiarità della Pediatria ci ricordano che per un'autentica presa in carico del piccolo paziente e della sua famiglia devono coesistere ed integrarsi l'elemento razionale ed il coinvolgimento emotivo, quale canale conoscitivo non da mettere a tacere, ma da tradurre in risorsa;
- **consapevolezza**: il raggiungimento di prestazioni di qualità, nel rispetto di parametri quali efficacia, efficienza, sicurezza ed appropriatezza, richiede a tutti coloro che sono coinvolti nella realizzazione di tale obiettivo una competenza non solo tecnica, ma doti morali e capacità relazionali. Ogni operatore deve avere consapevolezza di tale complessità e necessità d'integrazione;

- **tutela del bene comune:** la sensibilizzazione degli operatori all'uso responsabile e corretto del tempo e delle risorse disponibili costituisce valore fondamentale assieme al perseguimento dell'appropriatezza nell'approccio assistenziale. Il concetto di Salute, intesa quale bene comune, da un lato esprime la necessità del mantenimento delle risorse da preservare, dall'altro, e soprattutto, richiede il coinvolgimento competente di tutti gli attori coinvolti, inclusi i piccoli pazienti, le loro famiglie e la Comunità tutta;
- **appartenenza e lealtà:** il lavoro di gruppo multidisciplinare, imprescindibile in Sanità, affinché non resti un assunto teorico, presuppone lealtà e appartenenza: favorire la visibilità del contributo di ogni operatore al raggiungimento degli obiettivi aziendali facilita il “*sentirsi un NOI*”;
- **fiducia e trasparenza:** centrale è il perseguimento della trasparenza, non solo nel suo versante più visibile di pubblicazione e condivisione di atti e documenti, da cui si evince l'operato del management, ma anche come cultura organizzativa, che contribuisce a porre le basi per un autentico sentimento di fiducia che accomuni tutti gli attori coinvolti nel processo di cura;
- **ascolto e apertura:** la realizzazione di tali valori consente di creare una reale personalizzazione delle cure basata sulla conoscenza della peculiarità dei piccoli pazienti e delle loro famiglie, un'integrazione autentica tra funzioni aziendali, ma anche tra l'Ospedale ed il territorio; l'ascolto e l'apertura debbono essere garantite intercettando un delicato e dinamico equilibrio tra la tutela della privacy e della fragilità ed il mantenimento di un costante dialogo con l'esterno, in termini spaziali, culturali e di confronto dialettico;
- **evoluzione e flessibilità:** un Ospedale di terzo livello che tende all'eccellenza richiede capacità di adattamento e cambiamento nell'ottica di un'innovazione costante, che presume flessibilità, formazione continua e ricerca di sempre nuove e migliori cure, non solo come area di attività ma come “*formamentis*”. L'evoluzione dei processi di cura è resa possibile dalla dinamicità di ogni altra funzione aziendale: dall'implementazione tecnologica finché all'adozione degli strumenti normativi e di management più strategici nell'evoluzione gestionale;
- **integrità della ricerca** - Il rispetto dei principi e degli standard di integrità della ricerca, nonché il rispetto delle persone coinvolte nei percorsi della ricerca, costituiscono garanzia della qualità della ricerca stessa e contribuisce ad amplificare la rilevanza della scienza e a rafforzare le aspettative riposte in essa da parte della società civile, con importanti ricadute sullo sviluppo scientifico nonché sul benessere della società. L'integrità è pertanto presupposto essenziale per la realizzazione di progetti di ricerca di alta qualità e coerenti con principi e valori etici, doveri deontologici e standard riconosciuti a livello nazionale ed internazionale.

### 2.2.3 Assistenza

L'organizzazione dell'A.O.U. Meyer IRCCS è volta a garantire alti livelli qualitativi dell'assistenza ai pazienti in età pediatrica e alle loro famiglie.

La predisposizione di percorsi di cura consente l'erogazione dell'assistenza articolata nei diversi setting assistenziali: ricovero ospedaliero a ciclo continuo e in regime diurno, attività di day service e ambulatoriale, televisita. Vengono così forniti gli interventi più efficaci rispetto alle caratteristiche del paziente, nel livello assistenziale più idoneo.

Viene posta particolare attenzione alla gestione dell'intero percorso del bambino, dal suo ingresso in ospedale fino alla dimissione e all'eventuale follow-up, prestando cura alla continuità dei processi tramite il lavoro in equipe multi professionali e multidisciplinari, in grado di assicurare in ogni fase del percorso le cure migliori, focalizzate sulle specifiche necessità dei singoli pazienti.

Grazie al livello di standardizzazione dei percorsi assistenziali, le equipe possono personalizzare le cure sulle specifiche esigenze dei bambini garantendo sicurezza e appropriatezza, e al tempo stesso assicurare l'umanizzazione dell'assistenza e comunicazione partecipata con i pazienti e le loro famiglie.

La piena realizzazione di questi obiettivi avviene ricercando la massima collaborazione e integrazione con le strutture territoriali di residenza e con gli altri centri della rete pediatrica regionale, con la finalità di fornire ad ogni piccolo paziente la migliore assistenza possibile nel luogo più vicino al proprio domicilio e ai propri affetti.

Altro requisito fondamentale per garantire percorsi di cura completi e volti all'eccellenza è la capacità concreta di trasferire nella pratica clinica i risultati delle innovazioni tecnologiche consentendo una rapida fruizione delle più recenti conoscenze scientifiche validate, in modo da costruire percorsi che consentano una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo con la effettiva disponibilità delle migliori scelte terapeutiche anche per le patologie rare.

#### *2.2.4 Didattica e Formazione*

Le risorse umane costituiscono il più importante patrimonio dell'Azienda e, allo stesso tempo, l'elemento determinante per il successo di ogni organizzazione di qualità, dal momento che ogni funzione è presidiata dal fattore umano. La formazione è lo strumento d'eccellenza per accompagnare ogni processo di miglioramento, poiché integra fra loro i diversi strumenti di gestione (uomini, mezzi, risorse) consentendo la diffusione dei valori aziendali e di comportamenti condivisi, offrendo opportunità al processo di crescita professionale continua che va presidiato in maniera puntuale e costante.

In tal senso la formazione sanitaria deve svilupparsi oltre i livelli nozionistici, impersonali e decontestualizzati nella considerazione della nuova concezione della malattia e del malato.

La "complessità del malato" infatti, oggi implica la necessità che i ragionamenti scientifici siano arricchiti nella "complessità *delle relazioni con il malato*". La personalizzazione del rapporto terapeutico, la

centralità del malato, insieme alle linee guida e ai protocolli, sono strumenti utili a risolvere il problema della complessità, ma essi diventano deboli e insufficienti se non ampliati in una visione olistica della persona neonato, bambino, adolescente.

Nella specificità dell'A.O.U. Meyer IRCCS i processi didattici e formativi si connotano quale punto di riferimento globale di una medicina umanistica oltre che scientifica, nell'ottica di una pediatria che ripensa sé stessa nella relazione e nella complessità dei soggetti e delle metodologie di cura.

Il processo di formazione pertanto non può essere fine a sé stesso, settoriale, disancorato dalle finalità e dalla mission, ma anzi deve diventare uno strumento imprescindibile attraverso il quale esse si realizzano.

L'Azienda garantisce lo svolgimento delle attività formative programmate dalla Scuola di Scienze della Salute Umana.

Pur nella specificità dei ruoli, dei contenuti disciplinari e dei destinatari, l'Azienda e l'Università di Firenze, di concerto tra loro, definiscono il proprio piano annuale di formazione e di didattica in modo integrato e condiviso anche con altre sedi di formazione pediatriche regionali, nazionali ed internazionali con i seguenti comuni obiettivi:

- centralità del paziente nella cura;
- rigore scientifico ed etico nella cura e nella ricerca pediatrica;
- rispetto e difesa della dignità e dei diritti del paziente;
- miglioramento qualitativo dell'assistenza e la tutela della dignità e del benessere dei *care givers*;
- aggiornamento e consolidamento in termini culturali della collaborazione interprofessionale e multidisciplinare

### 2.2.5 Ricerca e innovazione

L'IRCCS AOU Meyer, per la sua vocazione, riconosce il valore strategico delle attività di ricerca e innovazione e la loro traduzione nella pratica clinica inscindibili dai compiti di assistenza, che costituiscono condizione essenziale per il compimento della propria missione. Tale missione ha trovato la propria evoluzione naturale nel recente riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), unendo il Meyer così agli altri ospedali italiani definiti dal Ministero della Salute come *“ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza”*.

L'Ospedale rappresenta infatti il luogo privilegiato per la realizzazione di attività di ricerca volte a sviluppare soluzioni innovative nella pratica clinico-assistenziale, diagnostica e terapeutica.

L'Azienda intende promuovere ogni sforzo affinché le potenzialità del sistema di ricerca e innovazione

possano essere realizzate appieno, promuovendo la ricerca e accogliendo in modo tempestivo, efficace e compatibile le innovazioni, quale bene comune di tutto l'Ospedale, che Essa propone tramite il loro rapido trasferimento tecnologico, contribuendo, laddove possibile, a orientarne le applicazioni verso i bisogni assistenziali prioritari in un'ottica di sostenibilità del sistema sanitario stesso.

### ***2.3 L'Azienda in cifre***

L'attività caratteristica dell'AOU Meyer non è ancora tornata ai livelli pre pandemici per quanto riguarda l'attività di ricovero ordinario e diurno, anche se in termini economici la produzione 2023 ha superato la valorizzazione dell'anno 2019 (ad invarianza tariffaria).

Per quanto attiene alla linea produttiva ricovero ordinario si assiste ad una ripresa rispetto all'anno 2022 (+ 479 dimessi) ma sempre sotto di circa 307 dimessi rispetto all'anno 2019, con una riduzione della complessità della casistica dimessa di 0,01 punti DRG rispetto all'anno 2022 e 0,07 punti DRG rispetto all'anno 2019.

Per quanto riguarda l'utilizzo della risorsa "posto letto", dall'analisi della degenza media e del tasso di utilizzo si comprende l'attenzione che l'Azienda ha da sempre posto su questo fattore. Nel corso del 2023 abbiamo registrato una netta riduzione della degenza media (-0,35 giorni rispetto al 2022) in coerenza rispetto alla riduzione della complessità della casistica dimessa, mentre per quanto attiene il tasso di utilizzo dei posti letto ordinari si rileva un leggero decremento di valore 82,08% del 2023 contro un valore pari a 82,89% del 2022 rispetto ad un 78,74% del 2021 come conseguenza della ripresa degli accessi nella nostra Azienda su tutti i regimi di ricovero. Risulta ancora lontano il valore del 88,94% dell'esercizio 2019.

Per quanto riguarda la linea produttiva Day Hospital, le giornate di DH hanno avuto una riduzione di circa 650 giornate rispetto all'anno 2022. Questo valore rispetto all'anno 2019 risulta ancora sotto di circa 5,5 mila accessi day hospital.

Per quanto attiene la produzione chirurgica siamo passati dai 6.756 casi del 2019, ai 4.098 casi del 2020, ai 5.038 del 2021, ai 5.306 casi del 2022, ai 5.839 casi del 2023 con un incremento complessivo di 533 casi rispetto all'anno.

La linea produttiva "specialistica ambulatoriale" ha registrato un notevole incremento quantitativo nell'anno 2023 passando dalle 773 mila prestazioni effettive del 2022 alle 859 mila prestazioni effettive del 2023, in particolare legate all'attività laboratoristiche.

La capacità di filtro del nostro pronto soccorso aziendale è tornato su valori al di sotto del 10% in particolare si è passati dal 6,58% del 2019, al 11,86% del 2020, al 10,66% del 2021, al 8,86% del 2022 fino al valore del 2023 pari a 8,82%; dato strettamente correlato all'aumento degli accessi in PS passato dai 43.111 del 2019, ai 24.906 del 2020, ai 32.969 del 2021, ai 39.995 del 2022, ai 40.063 del 2023.

Infine, occorre ricordare il costante incremento dell'attrazione extraregionale che caratterizza da sempre l'AOU Meyer. Come è possibile analizzare sempre dalla tabella sopra, l'anno 2019 aveva fatto registrare una % media di attrazione extraregionale per i ricoveri (ordinari e DH) del 26,32% (composta dal 26,69% del ricovero ordinario e dal 26,15% del ricovero in day hospital) contro un valore del 23,06% dell'anno 2015 (composta dal 26,65% del ricovero ordinario e dal 21,86% del ricovero in day hospital). L'anno 2020 invece ha visto, nonostante il periodo emergenziale una tenuta di questo indicatore con una riduzione al 22,15% per gli ordinari e DH (composto da 25,98% dei ricoveri ordinari e 20,17% del DH, conseguenza del fatto che la casistica complessa ha tenuto maggiormente). Per l'anno 2021 si rileva un dato complessivo relativo all'attrazione extraregionale pari al 22,41% (composto da un 24,71% relativo al ricovero ordinario e da un 21,19% del DH). Per l'anno 2022 si rileva un dato complessivo pari al 23,15% (composto da un 25,92% relativo al ricovero ordinario e da un 21,54% del DH). Per l'anno 2022 si rileva un dato complessivo relativo all'attrazione extraregionale pari al 23,19% (composto da un 26,01% relativo al ricovero ordinario e da un 21,56% del DH). Per l'anno 2023 si rileva un dato complessivo pari al 22,79% (composto da un 25,29% relativo al ricovero ordinario e da un 21,30% del DH).

Occorre sottolineare per l'anno 2023 il pieno riconoscimento economico dell'intera attività produttiva realizzata, a differenza di quanto accaduto per gli anni dal 2012 al 2016 nei quali la nostra Azienda si è vista applicare la logica dei c.d. "tetti di attività".

Sintesi Scheda di Budget							Controllo di Gestione			
Indicatore	Consolidato 2014	Consolidato 2015	Consolidato 2016	Consolidato 2017	Consolidato 2018	Consolidato 2019	Consolidato 2020	Consolidato 2021	Consolidato 2022	PreConsolidato 2023
N. Dimessi ordinari	8.898	8.675	8.762	8.652	9.029	9.094	6.866	8.060	8.308	8.787
Peso Medio DRG (dimessi ordinari)	1,48	1,46	1,45	0,99	0,97	0,94	0,95	0,90	0,88	0,87
Peso medio DM 2008 (dimessi ordinari)	1,18	1,16	1,19	1,17	1,15	1,12	1,14	1,08	1,05	1,06
Posti letto medi ricovero ordinario	167,07	163,57	167,53	170,80	172,60	171,00	160,64	164,52	169,04	175,81
Tasso Utilizzo posti letto ordinari %	91,38	90,89	92,15	92,20	88,34	88,94	75,77	78,74	82,89	82,08
Degenza Media dimessi ricovero ordinari	6,07	6,25	6,30	6,19	6,13	5,96	6,36	5,74	6,02	5,61
% attrazione extraregionale ricoveri ordinari	24,72	26,65	26,50	26,66	27,35	26,69	25,98	24,71	26,01	25,29
DH Giornate Cicli Aperti	38.458	39.176	38.558	40.089	37.848	39.214	28.914	34.954	34.322	33.675
% attrazione extraregionale ricoveri day hospital	20,04	21,86	22,67	23,94	24,34	26,15	20,17	21,19	21,56	21,31
Analisi % attrazione extraregionale ricoveri (Ordinari e DH)	21,34%	23,06%	23,65%	24,43%	25,20%	26,32%	22,15%	22,41%	23,19%	22,79%
Casi Chirurgici Totali	6.082	6.078	6.151	6.369	6.717	6.756	4.098	5.203	5.306	5.839
Casi Chirurgici DH	2.558	2.607	2.620	2.733	2.994	3.056	1.434	2.036	2.202	2.331
Casi Chirurgici Ordinari	3.524	3.471	3.531	3.636	3.723	3.700	2.664	3.167	3.104	3.508
N. sale operatorie	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
N. trapianti	35	24	21	26	29	30	22	24	21	
- di cui allogenici	12	11	9	11	15	19	15	10	15	13
- di cui autologi	23	13	12	15	14	11	7	14	6	11
N. accessi pronto soccorso	44.841	44.081	44.417	42.923	41.328	43.111	24.906	32.969	39.995	40.063
PS % esito ricovero	6,98	6,51	6,51	6,63	6,40	6,58	11,86	10,66	8,86	8,82
N. prestazioni effettive totali erogate (q.tà) escluso Farmaci	609.588	655.499	690.338	701.896	730.073	768.258	647.111	798.314	773.285	858.713
N. dipendenti (tempo indeterminato e determinato)	999	1.030	1.068	1.156	1.158	1.206	1.284	1.317	1.295	1.281

Nella tabella sottostante vengono inoltre rappresentati i dati relativi all'attrazione extraregionale per linea produttiva per il periodo 2015-2023 (fonte Cruscotto Direzionale interno).

Sintesi Scheda di Budget						Controllo di Gestione			
Indicatore	Consolidato 2015	Consolidato 2016	Consolidato 2017	Consolidato 2018	Consolidato 2019	Consolidato 2020	Consolidato 2021	Consolidato 2022	Consolidato 2023
% attrazione extraregionale ricoveri ordinari	26,65	26,50	26,66	27,35	26,69	25,98	24,71	26,01	25,29
% attrazione extraregionale ricoveri day hospital	21,86	22,67	23,94	24,34	26,15	20,17	21,19	21,56	21,31
Analisi % attrazione extraregionale ricoveri (Ordinari e DH)	<b>23,06%</b>	<b>23,65%</b>	<b>24,43%</b>	<b>25,20%</b>	<b>26,32%</b>	<b>22,15%</b>	<b>22,41%</b>	<b>23,19%</b>	<b>22,79%</b>
% attrazione extraregionale specialistica ambulatoriale	12,33%	14,48%	16,05%	16,27%	15,59%	15,60%	13,73%	16,00%	15,55%

Ulteriori dettagli possono essere riscontrati nella Relazione sanitaria 2020-2021 nella quale meglio si descrive l'attività sanitaria dei due anni di riferimento che costituiscono nel più breve futuro il punto di arrivo da cui ripartire per il nuovo sviluppo dell'IRCCS.

La relazione sanitaria è consultabile al seguente link:

<https://www.meyer.it/ospedale/chi-siamo/109-numeri-e-performance>

### **3. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE**

#### **3.1 Quale valore pubblico**

Le “Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico – adolescenziale” del Ministero della Salute, anno 2017, ribadiscono quanto già espresso dalle Nazioni Unite: ***i bambini hanno diritto ad essere curati in un ambiente pediatrico, prevedendo spazi e tecnologie adeguati, personale dedicato ed un approccio multidisciplinare, in cui non solo il pediatra, ma tutti i professionisti sanitari coinvolti abbiano specifiche competenze pediatriche, sia dal punto di vista tecnico che relazionale.***

La Carta europea dei diritti dei bambini in ospedale riconosce che l’ospedalizzazione dei bambini e delle bambine e degli adolescenti hanno caratteristiche differenti da quelle degli adulti. Per questo è necessario combinare l’alta specializzazione medica, la ricerca e l’innovazione con la parte più umana dell’assistenza attraverso un approccio globale al paziente ed alla sua famiglia non solo incentrato sulla malattia.

L’A.O.U. Meyer IRCCS, nella consapevolezza del proprio ruolo di struttura pubblica pediatrica che opera, con logica di rete, nella cornice del Servizio Sanitario Regionale ed in un contesto socio-economico caratterizzata da un aumento della povertà dei bambini, si impegna ad offrire, mediante un utilizzo rigoroso delle risorse, cure di qualità e potenziare un’offerta attiva per le famiglie attraverso iniziative e occasioni volte a promuovere la salute dei piccoli pazienti.

Le nuove prospettive di cura offerte dal progresso scientifico e tecnologico in settori peculiari (neurochirurgia, chirurgia mini invasiva e robotica, grandi ustioni, oncologia, medicina perinatale, malattie rare, diagnostica, terapia intensiva), necessitano di strutture altamente specializzate dedicate alla pediatria, caratterizzate da un congruo rapporto tra competenze professionali, dotazioni tecnologiche e numerosità della casistica presa in carico.

La concentrazione e gestione delle patologie complesse nell’Ospedale pediatrico regionale garantisce standard qualitativi ottimali, non raggiungibili senza il necessario grado di specializzazione e consente inoltre l’ottimizzazione dell’utilizzo delle risorse, sia professionali che tecnologiche, offrendo al tempo stesso al bambino ed alla sua famiglia un approccio integrato a tutte le dimensioni di cura, compresi l’ambito psicologico, sociale ed educativo e all’accoglienza.

Si ritiene in via preliminare di ricordare come la realtà dell’A.O.U. Meyer IRCCS sia caratterizzata per l’evoluzione da tempo attivata ed ancora in atto, propedeutica alla realizzazione di linee strategiche ed indirizzi operativi definiti dalla Regione Toscana nel contesto della salute garantita all’infanzia e all’adolescenza.

In accordo con le strategie regionali di promozione e protezione del benessere e della salute dei bambini, la tutela delle discriminazioni dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, attraverso una rete integrata di servizi per un welfare di comunità, si riportano in estrema sintesi i principali strumenti strategico – operativi di indirizzo per la crescita dell'azienda ed i relativi ambiti di azione.

## **A) OSPEDALE PEDIATRICO REGIONALE E SUO SVILUPPO**

L'attività dell'AOU Meyer IRCCS si caratterizza, ad eccezione del periodo pandemico, per un costante aumento della produzione e un innalzamento dei livelli di complessità delle prestazioni rese ai piccoli pazienti, a cui corrisponde - anche in risposta alla creazione di nuovi spazi e/o alla riorganizzazione dei setting già esistenti - un incremento delle risorse umane impiegate nella costante ricerca di equilibrio nel rapporto tra i due elementi.

Costituisce puntuale programma dell'Azienda, contestualmente al pieno recupero quali-quantitativo delle prestazioni che hanno subito una flessione derivante dalla emergenza sanitaria Covid-19, perseguire tale trend ed orientarlo al consolidamento ed incremento dei percorsi diagnostici e di cura in tutte le discipline a indirizzo pediatrico, specialistiche, mediche e chirurgiche, al fine di rappresentare una struttura di riferimento a livello nazionale ed internazionale per patologie complesse con approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

Il crescente sviluppo delle competenze cliniche e della qualità della ricerca scientifica di base e applicata, gli standard assistenziali raggiunti e il ruolo di coordinamento della Rete Pediatrica Regionale, condurranno l'Azienda nel corso di validità del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, ad un significativo incremento dei volumi di produzione e dell'attrazione extraregionale soprattutto per le attività di alta complessità.

Quanto rappresentato ha reso progressivamente evidente una serie di esigenze organizzative che si sono, in parte, concretizzate nella necessità di revisione degli spazi esistenti e, ove possibile, nella creazione di nuove volumetrie. Ha preso pertanto avvio il progetto "Meyer +", il piano di sviluppo triennale che, attraverso un complesso di azioni strutturali, permetterà all'Azienda entro il 2024 di completare il percorso di ulteriore crescita (tramite un ampliamento da 30.000 a 40.000 metri quadri), rendendo possibile la dislocazione di parte delle attività assistenziali in edifici adiacenti all'Ospedale, così da concentrare le attività di cura delle patologie ad alta complessità nell'attuale struttura ospedaliera.

Nella tabella di seguito si riportano, in estrema sintesi, i principali strumenti strategico – operativi di indirizzo per la crescita dell'azienda ed i relativi ambiti di azione:

<b>Strumenti strategico operativi di indirizzo</b>	<b>Realizzazione operativa degli indirizzi strategici</b>
<p>Piano Socio Sanitario Integrato Regionale 2018-2020 approvato dal Consiglio Regionale in data 9.10.2019 (cfr. area “Dedicato ai Bambini” nella specifica sezione “L’ospedale pediatrico regionale ed il suo sviluppo”)</p>	<p><b>Ospedale pediatrico regionale</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Sviluppo di nuovi spazi</b> per collocare le attività specialistiche ambulatoriali</li> <li>2. <b>Incremento dotazione posti letto</b>, sviluppo di nuove linee assistenziali e introduzione di approcci terapeutici innovativi</li> <li>3. <b>Allargamento di attività didattica</b> dedicata alla salute e alla cura del paziente pediatrico in un’area destinata alla formazione dei professionisti di settore; realizzazione di un contesto operativo organizzato, in collaborazione con la componente accademica, quale sede delle scuole di specializzazione dell’area pediatrica, dei centri di formazione delle professioni sanitarie e del network regionale di simulazione pediatrica</li> </ol>
<p>DGRT 44 del 24.01.2017 Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari ex art. 20 legge 67/1988, sottoscritto dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze, e dalla Regione Toscana in data 2 novembre 2016. Approvazione della Proposta di rimodulazione dell’Accordo da parte di alcune Aziende sanitarie del Servizio sanitario della Toscana.</p>	<p>Finanziamento per:  <b>Parco della Salute:</b> Attrezzature necessarie alla completa fruizione dell’immobile Villanova  <b>Family Center:</b> Struttura per l’accoglienza (punto famiglia)</p>
<p>DGRT 1510 del 27.12.2017 “DGR 199/2014 - Rete regionale cure palliative pediatriche: studio di fattibilità per la realizzazione di un Hospice pediatrico - mandato all’AOU Meyer”</p>	<p>RT dà mandato al Meyer per lo studio di fattibilità della proposta progettuale “Hospice Casa Marta” per la realizzazione di un Hospice Pediatrico e l’ampliamento dell’offerta residenziale e assistenziale del Centro regionale per le cure palliative in età pediatrica</p>
<p>Entrata in vigore dal 1.02.2021 del nuovo Atto Aziendale a seguito della Deliberazione del Direttore Generale n. 54 del 1.02.2021, d’intesa con l’Università degli Studi di Firenze e con l’approvazione di Regione Toscana</p>	<p>Atto aziendale 2021  Sistemizzazione assetto organizzativo: implementazione dell’offerta sanitaria attraverso nuove strutture.  Implementazione attività formativa e di ricerca attraverso organizzazione del Meyer Health Campus: Campus per attività didattica e Meyer Research Institute per attività di ricerca.</p>
<p>DGRT 420 del 16-04-2018 - Sistema Screening neonatale esteso toscano. Aggiornamento sulla base del Decreto del Ministero della Salute 13/10/2016 e L. 127/2016 in materia di accertamenti diagnostici per la prevenzione e la cura delle malattie metaboliche ereditarie.</p> <p>DGRT 909 del 6.08.18 – estensione del programma di screening neonatale regionale di cui alla dgrt 420/2018 pe alcune malattie lisosomiali e per immunodeficienze severe combinate</p> <p>DGRT 796 del 2.08.21 – Estensione del programma di screening neonatale di cui alla DGRT 420/2018 e 909/18 per l’atrofia muscolare spinale SMA</p>	<p>AOU Meyer centro di coordinamento regionale del sistema screening neonatale.  Le attività di screening neonatale per le malattie metaboliche, fenilchetonuria, fibrosi cistica e ipotiroidismo congenito vengono unificate presso A.O.U. Meyer.</p> <p>Si incrementa il panel delle patologie di cui alla DGR n. 420/2018, con le malattie da accumulo lisosomiale e con le immunodeficienze congenite severe (SCID)</p> <p>Si incrementa il panel delle patologie di cui alla DGRT n. 420/2018 con l’Atrofia muscolare spinale (SMA)</p>
<p>DGRT n. 1550 del 09/12/2019 “DGRT 1337/2018 “Rete regionale delle Cure Palliative – Incremento numero posti letto negli Hospice della Toscana</p>	<p>Incremento posti letto Hospice Pediatrico</p>

Nuovi spazi costituiranno l’opportunità di ricollocare in un’area riservata le attività diurne quali principalmente le attività ambulatoriali specialistiche oltre alla neuropsichiatria infantile che registra, in linea con il trend nazionale ed internazionale, un netto incremento della casistica specialmente con

L'avvento della pandemia da COVID-19 e con particolare riferimento ai disturbi del comportamento alimentare ed alle emergenze – urgenze psichiatriche.

Le nuove aree specificatamente riservate alle attività ambulatoriali consentiranno il recupero di spazi nella struttura ospedaliera centrale da destinarsi, con incremento della dotazione di posti letto, all'implementazione di prestazioni in regime di ricovero ad alta complessità pediatrica e chirurgica e per lo sviluppo di nuove linee assistenziali e l'introduzione di approcci terapeutici innovativi con il supporto operativo della radiologia interventistica pediatrica.

A seguire si esplicitano in forma sintetica le aree di crescita che nel presente e nel prossimo futuro si connotano per ampliamento e miglioramento dell'offerta clinico assistenziale, incremento delle attività di ricerca, strutturazione e consolidamento di percorsi già in sperimentazione ed innovazione, sempre sotto un attento monitoraggio in ordine al miglior utilizzo delle risorse impiegate anche valutando il tasso di attrattività extraregionale:

#### **- Meyer Academy**

Nell'autunno 2021 è stato dato avvio al Meyer Academy che racchiude le Aree Operative della Didattica e Formazione – Meyer Health Campus e della Ricerca ed Innovazione - Meyer Children's Research Institute.

Attraverso l'acquisizione di spazi dedicati e la relativa ristrutturazione, a seguito dell'inaugurazione avvenuta il 2 settembre 2022, ha preso avvio il "Campus" - polo unico per le attività di Didattica in sinergia con l'Ateneo di Firenze (Scuole di Specializzazione, Master, Corsi di Perfezionamento e Dottorati Universitari con attinenza pediatrica), per la Formazione Continua ECM e il Centro di Simulazione Pediatrica rivolto alla formazione degli operatori della Rete Regionale.

A tale attività si somma la produzione di percorsi formativi di alto livello correlati all'attività sanitaria di interesse nazionale capaci di generare una elevata attrattività con conseguenti incrementi dei ricavi anche riconducibili ad attività marketing per vendita di pacchetti formativi.

Questa attività già presente e sviluppata nell'ambito della simulazione pediatrica è stata progressivamente estesa a molti altri ambiti di interesse ampliando l'offerta formativa ben oltre ai professionisti della sanità toscana.

Relativamente al Meyer Children's Research Institute si è data una configurazione d'insieme ad attività correlate tra loro e dirette al sostegno e sviluppo della Ricerca ed Innovazione; tra queste la promozione e valorizzazione della ricerca, la gestione Grant, il Clinical Trial Office, i Comitati Etici Pediatrici nonché un Centro di Data Analytics.

Il Meyer Children's Research Institute costituirà il centro di coordinamento delle attività ed ambiti propri del costituendo IRCCS.

In tale contesto si riportano i dati disponibili al 2022, in attesa dei dati relativi al 2023 che sono ancora in fase di elaborazione. Si evidenzia come dal 2017:

- il numero di articoli pubblicati sia aumentato del 51%;
- l'Impact Factor normalizzato sia aumentato del 65%;
- il numero di dipendenti “research active” sia cresciuto del 32%;
- il volume economico totale dei finanziamenti ottenuti da fonti pubblici e privati per progetti di ricerca da 270.000 EUR sia incrementato a oltre 4 milioni EUR nel 2020 e oltre 3 milioni EUR nel 2021;
- il numero di trials clinici sia incrementato del 29%;
- il numero di Brevetti sia elevato a 10.

#### **- *Family Center***

Nel febbraio 2022 è stato aperto il **Family Center**, nuova struttura - luogo di accoglienza e accompagnamento alle famiglie prima della ospedalizzazione.

All'interno del Centro sono numerosi i servizi offerti:

- la psicologia ospedaliera e il servizio sociale ospedaliero, attivi all'interno dei reparti;
- servizio di ospitalità residenziale, in particolare per le famiglie che arrivano da lontano o sono in condizioni di disagio;
- servizio di mediazione linguistico-culturale;
- servizio di continuità assistenziale riservato all'accompagnamento della famiglia nel percorso di dimissione attraverso la sua attiva partecipazione (raccordo importante tra la fase ospedaliera e il rientro al proprio domicilio o ad altra struttura sanitaria territoriale);
- l'ufficio relazioni con il pubblico;
- presenza di associazioni e fondazioni.

#### **- *Psichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza e neuroriabilitazione***

Il Servizio di Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza e Neuroriabilitazione è stato nel tempo oggetto di continui sviluppi correlati alle emergenti patologie. Si occupa di diagnosi, cura e riabilitazione dei bambini e degli adolescenti fino a 18 anni con patologie di interesse psichiatrico, in particolare: disturbi del comportamento alimentare; disturbo da deficit di attenzione e iperattività; disturbo dello spettro autistico; disturbi d'ansia, della condotta e psicotici; disturbi bipolari e dell'umore e disturbi della personalità; disturbo post-traumatico da stress.

L'attività di tale servizio, in progressiva crescita anche prima, ha registrato un drammatico incremento con l'avvento della pandemia da COVID – 19, iniziato nel corso del 2020 e tuttora in ulteriore crescita, con particolare riferimento alle emergenze e agli accessi al Pronto Soccorso, anche in considerazione del fatto che non ci sono altre strutture che gestiscono le emergenze psichiatriche di pazienti di età inferiore ai 18 anni.

L'impatto sull'organizzazione dell'ospedale è notevole, sia per il Pronto Soccorso che per il Servizio di Psichiatria dell'Infanzia e Adolescenza e Neuroriabilitazione, comportando la necessità di ricoverare i

pazienti anche in aree di degenza non dedicate a causa della saturazione dei posti letto disponibili e di attivare specifici protocolli con le Forze dell'Ordine e accordi con agenzia di vigilanza per garantire la sicurezza di pazienti e operatori. La tabella che segue mostra l'andamento dell'attività:

	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021	ANNO 2022	Scost % 2022- 2019
DIMESSI ORDINARI	181	115	181	191	5,52%
ACCESSI DAY HOSPITAL	3.687	3.214	5.001	5.205	41,17%
ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO CON CONSULENZA NPI	202	191	346	299	48,02%
PROPORZIONE ACCESSI DA PS CON CONSULENZA NPI	0,47%	0,77%	1,05%	0,75%	

La situazione descritta ha indotto ad individuare nuove strategie dirette a rafforzare il settore di riferimento sia strutturalmente che come incremento delle risorse dedicate, così come confermato da uno specifico aumento del personale destinato.

A tal fine è stato definito come prioritario lo spostamento, realizzatosi nel mese di gennaio 2023, presso una sede interna all'ospedale, delle attività di ricovero e ambulatoriali erogate dalla Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Neuroriabilitazione, effettuate presso la casa di cura IFCA (Villa Ulivella) in locali non più adeguati all'attuale richiesta di prestazioni, con l'intento di allocare in una fase successiva le attività di ricovero diurno ed ambulatoriali nella ulteriore nuova sede prevista nel Parco della Salute. La sede individuata per l'allocatione del reparto è stata adeguata alle esigenze della nuova attività di Psichiatria, intervenendo principalmente sugli aspetti legati alla sicurezza di pazienti e operatori e alle funzioni peculiari della specialistica.

L'intento della Direzione è stato infatti quello di affrontare le problematiche patologiche psichiatriche emerse nell'ultimo periodo come un elemento centrale della risposta assistenziale e del recupero durante e dopo la pandemia, di migliorare e rendere più efficienti le fasi di transizione fra l'età evolutiva e quella adulta, di procedere con la formazione e impegno trasversale di tutti i professionisti sanitari della rete pediatrica ad individuare i segni precoci di un disturbo mentale, di offrire sostegno psicologico alle famiglie con politiche e interventi di promozione della salute.

L'attuazione del programma descritto ha comportato un incremento nelle risorse professionali esperte dedicate sia nei profili del Comparto (infermieri, educatori/tecnici della riabilitazione psichiatrica, dietisti, operatori socio sanitari) che in quelli della Dirigenza (Neuropsichiatri Infantili, Psichiatri nonché Psicologi).

#### **- Parco della Salute**

Sono a tutt'oggi in corso i lavori di realizzazione del Parco della salute, consistenti nella ristrutturazione di un complesso immobiliare di oltre 5000 mq. adiacente all'attuale area ospedaliera, che si concluderanno nel corso del 2024. Tale struttura consentirà di superare la carenza degli spazi che attualmente impedisce ulteriori margini di incremento delle attività sanitarie e di realizzare un modello organizzativo più innovativo.

Nella nuova sede saranno concentrate, le attività diurne (ambulatori, DH, day service, punto prelievi, servizio trasfusionale, DH e ambulatori dedicati alla psichiatria infanzia e adolescenza) consentendo di:

- recuperare, all'interno dell'attuale Presidio Ospedaliero, spazi per attività di alta complessità in regime di ricovero ordinario e permettere una diversa disposizione delle aree di degenza volta a facilitare pazienti e operatori, soprattutto offrendo omogeneità alle tipologie di ricovero per disciplina e dedicando maggiori e più razionali spazi a favore dei servizi di Eccellenza;
- separare i percorsi di ricovero e ambulatoriali, riducendo le sovrapposizioni nell'utilizzo di alcuni servizi e tecnologie sanitarie, con conseguente riduzione dei tempi di attesa e maggiore sicurezza.

### **- Hospice**

Dopo i ritardi causati dall'emergenza pandemica, inoltre, ha preso il via la nuova fase di avanzamento di realizzazione del primo Hospice Pediatrico Regionale. L'Azienda è infatti tra i promotori del progetto "Casa Marta" (DGRT n° 1510 del 27-12-2017 con cui la Regione Toscana ha dato mandato all'AOU Meyer alla realizzazione di uno studio di fattibilità della proposta progettuale "Hospice Casa di Marta"), struttura indipendente ed autonoma dal punto di vista logistico, organizzativo e gestionale rispetto all'Ospedale Meyer irccs, con la conclusione dei lavori stimata per il mese di settembre 2024. La struttura è collocata comunque nei pressi dell'Ospedale ed è funzionalmente collegata ad esso. Sarà destinata ad accogliere il minore e la famiglia in un ambiente dedicato e protetto ove si garantisce la sicurezza dal punto di vista clinico, assicurando continuità delle cure anche ad elevata complessità assistenziale (sia strutturale che organizzativa), nel rispetto della privacy e della riservatezza degli ospiti. Il progetto favorisce la socialità, promuove lo sviluppo e la qualità della vita del bambino e della sua famiglia. (DGRT n. 1550 del 09/12/2019 "DGRT 1337/2018 "Rete regionale delle Cure Palliative – Incremento numero posti letto negli Hospice della Toscana).

## **B) RETE PEDIATRICA REGIONALE**

La Rete Pediatrica Toscana, coordinata dall'A.O.U. Meyer IRCCS, costituisce un modello organizzativo che ha l'obiettivo di evitare ripetizioni e colmare vuoti nell'assistenza, assicurando ad ogni bambino toscano tempestività e qualità delle cure, grazie a nuove ed efficaci modalità di condivisione di conoscenza, competenze ed informazioni capaci di supportare l'attività clinica, permettendo inoltre il consolidamento e l'affiatamento dei gruppi di lavoro della Rete già attivi nei diversi ambiti.

Lo sviluppo delle tecnologie informatiche (Fascicolo Sanitario Elettronico e cartella clinica elettronica) con possibilità di interfaccia tra i sistemi utilizzati sia nell'Ospedale pediatrico regionale, nelle pediatrie ospedaliere che dai Pediatri di libera scelta, favoriscono la continuità delle informazioni sanitarie.

Il teleconsulto, la telerefertazione, la teleconsulenza e la telemedicina contribuiscono ulteriormente al buon funzionamento integrato dei servizi regionali, garantendo equità delle cure, percorsi sanitari più

appropriati, facilitando il collegamento tra i professionisti ed il paziente, favorendo l'assistenza in prossimità del luogo di vita del minore e della sua famiglia.

Nella tabella di seguito si riportano, in estrema sintesi, i principali strumenti strategico – operativi di indirizzo correlati allo sviluppo della Rete Pediatrica:

<i>Strumenti strategico operativi di indirizzo</i>	<i>Realizzazione operativa degli indirizzi strategici</i>
<p>Legge RT n. 84 del 28.12.2015 di “Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005”, (cfr. artt. 33, 33 bis e 7 bis l.r. 40/2005 così come modificata)                      Su attuazione della DGRT 707 del 19.07.2016 “Rete pediatrica regionale. Riorganizzazione ai sensi della L.R. 84/2015”</p>	<p><i>Affida all'AOU Meyer il coordinamento operativo e la riorganizzazione della rete pediatrica a livello regionale.</i></p> <p><i>Definizione della Governance della Rete pediatrica regionale</i></p>

### **C) IRCCS**

Il Meyer ha ottenuto, nel agosto 2022<sup>1</sup>, il riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), che, pur lasciando intatta la sua funzione di Azienda Ospedaliero Universitaria del Servizio Sanitario Toscano (cfr. Atto di intesa recante: “Organizzazione, gestione e funzionamento degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico non trasformati in Fondazioni”, di cui all’articolo 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288), porterà l’ospedale a compiere un ulteriore passo in avanti nell’assistenza a bambini e adolescenti, verso la piena integrazione tra la ricerca e la capacità di offrire cure sempre più efficaci e sicure alle malattie insorgenti in età pediatrica ed evolutiva.

Il riconoscimento del Ministero della Salute del carattere scientifico del Meyer per la disciplina di “Pediatrica” permetterà all’ospedale di allinearsi con le altre strutture di eccellenza presenti sul territorio nazionale come il Bambino Gesù di Roma, il Burlo Garofalo di Trieste e il Gaslini di Genova, già riconosciuti come IRCCS e, soprattutto, consentirà, anche attraverso la proficua collaborazione con l’Università degli Studi di Firenze, di compiere un salto di qualità sul fronte sempre più strategico della ricerca scientifica.

Nel triennio 2024 – 2026, i principali filoni di attività di ricerca riguarderanno:

- Scienze pediatriche e perinatali;
- Malattie del sistema nervoso, neurogenetiche e neurometaboliche;
- Malattie immunomediate e malattie infettive;
- Approcci diagnostici, terapeutici e organizzativi innovativi, oncologia e malattie rare.

Assurge ad importante supporto il finanziamento per la ricerca corrente garantito dal Ministero a tutti gli IRCCS, commisurato alla performance riconosciuta a ciascun ente, attraverso il quale possono essere acquisite figure professionali di ricercatori e personale di supporto alla ricerca. Tali finanziamenti si

<sup>1</sup> Ministero della Salute, Decreto 2 agosto 2022, “Riconoscimento del carattere scientifico dell'ente di diritto pubblico «Azienda ospedaliera-universitaria Meyer», in Firenze, nella disciplina di «pediatrica». ([GU Serie Generale n.200 del 27-08-2022](#))

uniscono a quelli specificatamente ottenuti con la vincita di bandi competitivi grazie a progetti proposti dai ricercatori, nei quali si individua la necessità di acquisizione di professionisti dotati di peculiari competenze.

Si tiene a precisare come i finanziamenti ottenuti, ulteriori e diversi rispetto a quelli regionali volti a garantire l'attività assistenziale, consentono il precipuo sviluppo delle attività di ricerca e dell'adeguato supporto alla medesima.

#### **D) AZIONI POSITIVE PER LA PARITÀ E LA NON DISCRIMINAZIONE**

L'Azienda con Delibera del DG n. 629 del 30.11.2023 ha rinnovato il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG).

L'AOU Meyer IRCCS garantisce la parità e pari opportunità per l'accesso al lavoro e per il trattamento sul lavoro, contrastando ogni forma di discriminazione per quanto concerne l'occupazione e le condizioni di lavoro, adottando tutte le misure in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

Il "Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG) costituisce nell'AOU Meyer IRCCS l'organismo di natura propositiva, consultiva e di verifica finalizzato al raggiungimento degli scopi di cui al precedente capoverso.

Gli obiettivi del CUG sono di:

- assicurare nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione, diretta ed indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione ed alla lingua;
- favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni lavorative, anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dai principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale e psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici;
- razionalizzare e rendere efficiente ed efficace l'organizzazione della Pubblica Amministrazione anche in materia di pari opportunità e contrasto alle discriminazioni, tenendo conto delle novità introdotte dal D. lgs. n. 150/2009 in materia di riforma della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni.

A tal proposito si richiama in questa sede anche il Gender Equality Plan 2023-2025, adottato dall'Azienda con Delibera del DG n. 546 del 25.11.2022 e consultabile sul sito ufficiale dell'AOU Meyer Irccs al seguente link:

<https://www.meyer.it/attachments/article/220/Gender%20Equality%20Plan%202023-2025.pdf> .

Si sottolinea infine l'impegno del CUG nella adozione di specifico Regolamento per la disciplina delle modalità di funzionamento dello stesso, in particolare con riferimento a: convocazioni, periodicità delle riunioni, validità delle stesse, verbali, casi di dimissioni, decadenza o cessazione dei componenti, e accesso ai dati.

### **3.2 Performance**

Nelle more delle modifiche normative ed organizzative indicate in “premessa generale” si confermano le linee ed i contenuti del Piano Performance 2021 – 2023, approvato con deliberazione n. 58 del 01.02.2021, che conserva ancora la sua valenza. In questo paragrafo si riportano dunque gli indirizzi del PIAO 2023-2025.

L'A.O.U. Meyer IRCCS ha definito il piano strategico triennale 2021-2023 in relazione agli elementi costitutivi della mission aziendale integrati con le indicazioni programmatiche regionali (PSSIR triennale, Legge Regionale Toscana n. 84 del 28.12.2015 “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla LR n. 40/2005 – avvenuta tramite L.R. n. 12 del 16 marzo 2023”), le linee guida emanate dalla Regione Toscana per la redazione dei Bilanci Annuali e Pluriennali di Previsione delle Aziende Sanitarie e le delibere regionali di assegnazione degli obiettivi alle aziende.

Le linee di indirizzo strategico costituiscono la riflessione di sistema che determina la scelta degli obiettivi e delle modalità con le quali l’Azienda intende perseguirli.

Le principali linee strategiche aziendali definite per il triennio 2021-2023 sono di seguito elencate:

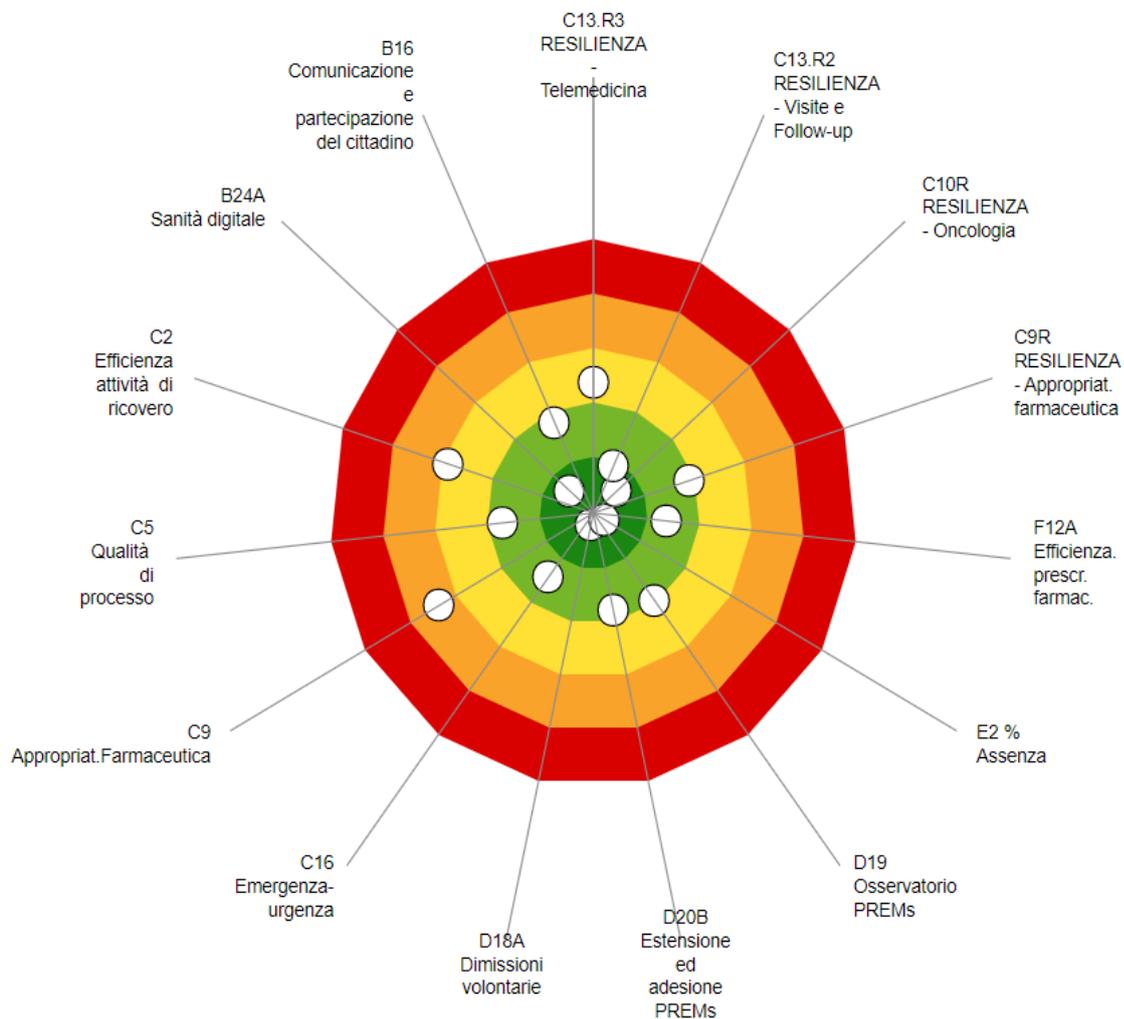
- A. Governo dell’offerta assistenziale
- B. Innovazione organizzativa
- C. Qualità e sicurezza
- D. Sistema regionale di valutazione della performance
- E. Rete Pediatrica
- F. Attività Scientifica e di Ricerca
- G. Sviluppo ICT
- H. Innovazione Tecnologica.

In attesa dell’avvio della fase attuativa dell’intero intervento della riforma oggetto della semplificazione introdotta con il PIAO, che si realizza con l’emanazione del regolamento di delegificazione, concepito dal legislatore proprio come strumento di semplificazione, come sopra anticipato, l’Azienda ha convenuto di rimandare, attraverso un link diretto, al sopracitato Piano della Performance, in considerazione della piena corrispondenza dei contenuti:

<https://www.meyer.it/attachments/article/229/Piano%20della%20performance%202021-2023.pdf>

Di seguito riportiamo il Bersaglio del Laboratorio MeS elaborato nell'ambito del sistema di valutazione delle Aziende Sanitarie Toscane per l'anno 2021 (in attesa dell'elaborazione per il 2022), attraverso il quale si dà una rappresentazione sintetica della buona performance della nostra Azienda che vede posizionati la quasi totalità degli indicatori oggetto del monitoraggio nella parte centrale del bersaglio:

Meyer - Bersaglio 2021



### 3.3 Rischi corruttivi e trasparenza

#### 3.3.1. Premessa

Ai sensi dell'art. 6 del D.L. n. 80/2021, convertito con L. n. 113/2021, il presente documento

costituisce una Sottosezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) e costituisce l'atto di indirizzo per l'applicazione in Azienda della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza.

La Sottosezione è predisposta dal Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPTC) sulla base degli obiettivi strategici in materia, definiti dalla Direzione Aziendale, ai sensi della L. 190/2012.

Come previsto dall'articolo 1 c. 7 della L. 190/2012 si conferma per l'anno 2024 il dott. Gianfranco Spagnolo, Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza già individuato con Deliberazione aziendale n. 39/2017, riconfermandone altresì le motivazioni e la valutazione che ne hanno determinato la scelta negli anni precedenti.

Per un'analisi più approfondita sui risultati 2023 si rinvia alla Relazione Annuale del RPTC pubblicata nella relativa sezione di "amministrazione trasparente". In sintesi, il 2023, ha confermato lo sviluppo delle seguenti linee di attività: formazione e rischio corruzione; conflitto di interessi; codice di comportamento; trasparenza, whistleblowing. I risultati principali sono stati:

- 1) **Analisi e gestione del rischio corruzione:** il consolidamento della nuova metodologia di gestione del rischio corruzione adottata nel corso del 2022 che ha portato contestualmente all'analisi di attività a rischio su alcuni processi inerenti alle aree della Ricerca scientifica, Amministrazione del personale, Acquisto di beni e servizi, lavori ed investimenti, Approvvigionamento farmacia, Sponsorizzazioni e Donazioni;
- 2) **Formazione:** attività formativa specifica sulla gestione e la mappatura del rischio corruzione nei processi aziendali e sull'aggiornamento del Codice di Comportamento;
- 3) **Conflitto di interessi:** supporto nella gestione del conflitto di interessi su tutti gli ambiti normativi previsti (comunicazione e astensione, inconferibilità ed incompatibilità, pantouflage, incarichi extra impiego e partecipazione come membri in commissioni di gara) attraverso un uso di modulistica definita a livello regionale. La modulistica nel 2023 è aggiornata secondo le recenti modifiche in ordine all'ambito dei contratti pubblici;
- 4) **Trasparenza:** aggiornamento e monitoraggio continuo su "amministrazione trasparente" con particolare attenzione all'area dei bandi di gara e contratti (*vd. sezione specifica*);
- 5) **Whistleblowing:** Istituzione nel 2023 del canale interno per la segnalazione delle condotte illecite e relativa documentazione (indicazioni operative ed informativa privacy), in ottemperanza alle nuove disposizioni del D. Lgs. n. 24/2032, adottato con deliberazione n. 401 del 12.07.2023 e pubblicata al seguente link su amministrazione trasparente <https://www.meyer.it/index.php/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/4813-segnalazione-condotte-illecite-whistleblower>;

- 6) **Inconferibilità ed incompatibilità dirigenza PTA:** In accordo con gli indirizzi regionali si è proceduto nel 2023 alla raccolta delle dichiarazioni di assenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità in relazione agli incarichi dirigenziali non sanitari.

La seguente Sottosezione, quindi, in una logica di continuità con i Piani Triennali precedenti e con i più recenti PIAO, aggiorna e attualizza le azioni e le misure intraprese avendo come riferimento il PNA 2019, gli “orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022” Approvato dal Consiglio ANAC data 2 febbraio 2022 “sull’onda della semplificazione della trasparenza”, il PNA 2022 (Del. ANAC n. 7/2013) ed il relativo aggiornamento 2023 (Del. ANAC n. 605/2023), circoscritto alle modifiche della sezione speciale dei contratti pubblici 2022. Aggiornamento che riguarda sia nella gestione dei rischi corruzione che la digitalizzazione del sistema degli appalti in termini di trasparenza (comunicazione e pubblicazione).

Gli allegati richiamati nella presente sottosezione sono visionabili al seguente link:  
<https://www.meyer.it/index.php/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/352-prevenzione-della-corruzione>

### *3.3.2. Definizione di corruzione*

I Piani Nazionali Anticorruzione ed il PIAO confermano la nozione di corruzione dalla quale discendono le azioni e le misure anticorruzione. La nozione è volta a ricomprendere le varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si rilevi l’abuso da parte di un soggetto del potere a lui conferito, al fine di ottenere vantaggi privati. Al termine corruzione infatti è attribuito un significato più esteso di quello strettamente connesso con le fattispecie di reato disciplinare negli artt. 318, 319, 319ter del codice penale (ipotesi di corruzione per l’esercizio della funzione, corruzione per atto contrario ai doveri di ufficio, corruzione in atti giudiziari), tale da comprendere non solo l’intera gamma dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione disciplinati dal Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell’azione amministrativa dall’esterno, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Nel tempo tale approccio ha riguardato anche aspetti legati alla interferenza degli interessi privati nelle decisioni pubbliche (conflitto di interessi) e a decisioni che intaccano il principio di “imparzialità”.

Partendo quindi dalla definizione di corruzione” la strategia preventiva è intesa come processo di lotta alla “maladministration”, la cui attività è complessivamente volta a creare un contesto sfavorevole alla corruzione, ad aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione, a ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione. Da questo punto di vista la prevenzione della corruzione è dimensione e creazione di valore pubblico e mira a proteggerlo trasversalmente.

Destinatario della presente Sottosezione è tutto il personale dell'AOU Meyer IRCCS. La violazione da parte dei dipendenti delle disposizioni contenute nel presente documento costituisce illecito disciplinare ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 comma 14 della Legge n. 190/2012.

### *3.3.3. Contesto esterno*

Il presente Piano si colloca in una fase di superamento della diffusione della pandemia da Covid-19 caratterizzato da impegni assunti a livello nazionale con il PNRR la gestione si contraddistingue per gli ingenti afflussi di denaro e per interventi normativi volti alla realizzazione di opere in tempi ristretti rispetto alla progettualità ordinaria. Un fenomeno di questo tipo può creare ampi spazi per facilitare la diffusione di comportamenti non coerenti con i sistemi di prevenzione della corruzione anche in ambito del servizio sanitario. Il settore particolarmente coinvolto da tale innovazione organizzativa riguarda in particolare il settore dei contratti pubblici alla luce dell'emanazione del Nuovo Codice degli Appalti con D. Lgs n 36 del 2023. Settore che costituirà il principale ambito di intervento in termini di azioni per il 2024 sia sul versante formativo per ciò che attiene la gestione del rischio corruzione, sia sul versante della comunicazione e pubblicazione in materia di trasparenza amministrativa considerato soprattutto la disciplina sulla digitalizzazione del sistema degli appalti e dei regolamenti adottati da ANAC nel 2023.

Più in generale al fine di identificare gli ambiti di rischio maggiormente rilevanti e conseguentemente orientare le azioni e le misure di questa Sottosezione, vengono richiamare alcuni risultati evidenziati in recenti studi sui fenomeni corruttivi in Italia pubblicati da ANAC e dalla stessa Regione Toscana.

Ai nostri fini ed in questa sede vengono evidenziati gli esiti e le informazioni riconducibili all'area geografica del Centro Italia e della Toscana ed al settore sanitario

Il primo lavoro si riferisce alla pubblicazione ANAC del 17 ottobre 2019 "La corruzione in Italia (2016-2019). Numeri, luoghi, contropartite del malaffare". La pubblicazione presenta un'analisi quantitativa dei provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria volta a misurare il malaffare in Italia e definire in prospettiva un set di indicatori in grado di individuare il rischio corruzione nella PA e le possibili misure preventive.

Su 152 episodi di corruzione analizzati nel periodo 2016-2019 il 3,9% si sono registrati in Regione Toscana. Gli ambiti oggettivi della corruzione hanno riguardato il 74% l'area degli appalti pubblici. In quest'area i settori più colpiti sono stati i lavori pubblici (40%), la sanità (13%) ed i rifiuti (22%). La tipologia di soggetti indagati ha riguardato i Dirigenti, i Funzionari ed i Dipendenti per un totale del 44%. Tra le amministrazioni coinvolte le Aziende sanitarie si collocano al terzo posto con l'11%. La contropartita in denaro (48%) è la più rilevante anche per importi bassi (50-100 Euro), seguono le assunzioni (13%), le prestazioni professionali (11%), le regalie (7%).

Il secondo lavoro richiamato è il 4° Rapporto Annuale sull'applicazione del whistleblowing di ANAC

del 16 luglio 2019. Rapporto che contiene i numeri e le tipologie di segnalazioni pervenute ad ANAC nel 2018 e nel primo semestre 2019. Il Rapporto evidenzia l'aumento delle segnalazioni annuali ricevute (passano da 125 nel 2015 a 783 nel 2018); l'area geografica di provenienza delle segnalazioni (il Centro Italia si attesta al 22,9%); i soggetti segnalanti (dipendenti pubblici 52,4%), gli enti di appartenenza (Aziende del SSN 14,86%); i settori con condotte illecite segnalate (appalti illeciti 21,6%, corruzione e abuso di potere 24,1%, concorsi illeciti 15,2%, conflitto di interessi 6,8%). Il lavoro inoltre riporta le tipologie di segnalazioni pervenute di tre ASL, una del Sud, una del Centro ed una del Nord. Tra queste segnalazioni si rilevano ed esempio l'utilizzo improprio di beni aziendali, lo svolgimento di attività extraistituzionale, illegittime procedure concorsuali.

Il terzo lavoro è riferito ai Rapporti annuali sui fenomeni di criminalità organizzata e corruzione in Toscana” a cura della Regione Toscana e della Scuola Normale Superiore di Pisa e giunti all'anno 2021. Nel 2020, le risultanze emerse dal Rapporto indicano il potenziale accrescimento del rischio corruzione legato all'esplosione della pandemia da Covid-19. Il settore sanitario è stato investito direttamente dalla crisi emergenziale rappresentando la prima sede di applicazione della regolamentazione normativa d'urgenza, fornendo il fianco al possibile propagarsi del fenomeno corruttivo a causa della sua vulnerabilità derivante da fattori quali ad esempi “grande ammontare di risorse, asimmetrie informative, molti attori, complessità e frammentazione, ecc ”.

In particolare, rileva il Rapporto, come “alcuni provvedimenti normativi legati alla gestione dell'emergenza, come il decreto semplificazioni del luglio 2020, introducendo un regime di gestione straordinaria degli appalti, con procedure accelerate e affidamenti diretti senza gara, abbiano accresciuto il rischio di abusi, cattiva collocazione delle risorse, corruzione”. Parallelamente sono state allocate le ingenti risorse previsti dai decreti “Rilancio e Ristori” come sostegno e sussidio anche ad attività economiche colpite dalla crisi e distribuite secondo criteri ad alto tasso di discrezionalità.

Tutti questi fenomeni, intersecati tra loro, convergono nel creare un terreno fertile alla corruzione permettendo a diversi attori pubblici operanti nel settore sanitario la possibilità di ottenere significativi vantaggi privati grazie all'esercizio dei poteri loro conferiti e all'utilizzo improprio delle risorse loro affidate.

Nello scenario prospettato va inoltre sempre ricordato che possono prevalere anche forme di retribuzione indiretta e differita, come finanziamenti alla ricerca, sponsorizzazioni, o finanziamenti di eventi, congressi, associazioni, nonché altri variegati benefit personali”. Il report regionale individua altresì alcuni indicatori qualitativi di rischio da monitorare legate a modalità indirette di attribuzione di vantaggi indebiti a decisori, quali gli affidamenti di incarichi di appaltatori o di fornitori a soggetti contigui al decisore quali coniugi, parenti, ecc..

Per una più approfondita ed aggiornata analisi e ricerca sui fenomeni corruttivi e criminalità organizzata in Toscana si rinvia al seguente link:

<https://www.regione.toscana.it/-/progetto-di-analisi-e-ricerca-sui-fenomeni-corruttivi-e-di-criminalita-organizzata-in-toscana>

Nell'ambito della non corretta gestione delle risorse, ad integrazione del punto precedente, in occasione della "Inaugurazione Anno Giudiziario, Firenze, 20 aprile 2020", il Procuratore Regionale della Corte dei Conti della Toscana, nell'evidenziare come in ambito sanitario la "mala-amministrazione" può causare dei danni erariali spesso particolarmente gravi, ha confermato al tempo stesso, che il "Sistema Sanitario Toscano costituisce un centro di eccellenza, attrattivo anche per pazienti provenienti da altre regioni, ed i casi di mala sanità, oggetto di citazioni in giudizio e sentenze di condanna, rappresentano fenomeni eccezionali ed isolati...". "La Toscana", conclude il Procuratore, "ha gli anticorpi della giustizia e della legalità, ma è necessario rinforzarli e risvegliarli. Questo risultato si realizza con la prevenzione, partendo dall'educazione alla legalità dei giovani (...)"

In sintesi, i risultati dei lavori se da un lato confermano che le aree a rischio sono quelle catalogate e mappate in questi anni dal sistema di prevenzione, ricomprese anche nei nostri Piani aziendali, dall'altro stimolano più puntuali approfondimenti in determinati settori soprattutto in relazione alla fase successiva alla gestione dell'emergenza pandemica con i finanziamenti legati al PNRR.

#### *3.3.4. Contesto interno*

Richiamato che l'IRCCS Meyer si distingue per le attività di diagnosi, cura e riabilitazione di eccellenza rivolte a pazienti sino al raggiungimento della loro maggiore età nel rispetto, comunque, del principio della continuità assistenziale e per le attività di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari, nonché nel campo della formazione medica, delle professioni sanitarie e delle specializzazioni, si rileva che il 2023, come già ampiamente trattato, è stato caratterizzato dal completamento del riconoscimento normativo ed anche dal cambio di Direzione e dunque dal riposizionamento in atto degli obiettivi strategici aziendali. Per quanto attiene l'analisi della struttura organizzativa e la descrizione dell'Azienda in termini di compiti, funzioni e di dati che ne individuano la dimensione della struttura, le posizioni organizzative e gestionali, ferme restando le modifiche costitutive in atto a seguito della proposta di Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Azienda, si rinvia alla sottosezione relativa alla performance e alla sezione organizzazione e capitale umano nonché al sito del Meyer dove sono rappresentate tutte le informazioni utili a rappresentare compiutamente l'Azienda quali l'organigramma, il funzionigramma, le responsabilità, la composizione quali-quantitativa del personale e dei bilanci, i processi gestionali e di rilevazione nonché i rapporti con i soggetti terzi (cittadini, associazioni, famiglie, ecc.).

Per ciò attiene invece lo specifico ambito finalizzato alla valutazione del rischio corruzione si evidenziano due dimensioni utili all'analisi. La prima si riferisce alle misure aziendali in termini

“valoriali” e la seconda dimensione si riferisce allo stato dell’arte in termini di mappatura dei processi a rischio corruzione e conseguenti azioni e misure programmate.

Rispetto al primo ambito, in continuità con quanto espresso in premessa nel paragrafo sulla “Vision”, si ribadisce come per il Meyer IRCCS la dimensione etica assuma un ruolo centrale per l’attuazione dei principi di legalità e trasparenza dell’azione pubblica, divenendo uno dei valori cardine dell’organizzazione, alla quale ciascun operatore, nell’esercizio delle proprie funzioni, deve ispirarsi. Partendo da questo valore centrale il Meyer IRCCS, attraverso un percorso formativo partecipato dai suoi operatori nel 2015, in occasione del corso sul codice di comportamento, ha individuato un insieme di valori condivisi divenuti la bussola per l’individuazione e l’attuazione delle azioni e degli obiettivi da intraprendere, indipendentemente dagli obiettivi specifici di ciascuna struttura o singolo professionista. Tra i valori individuati dallo Statuto, dal nuovo Codice Etico e di Comportamento Aziendale qui si evidenziano i seguenti (*La Carta dei valori completa, è pubblicata sul sito web del Meyer sezione “Amministrazione trasparente” – “Atti Generali”*):

- *tutela del bene comune*: la sensibilizzazione degli operatori all’uso responsabile e corretto del tempo e delle risorse disponibili costituisce valore fondamentale assieme al perseguimento dell’appropriatezza nell’approccio assistenziale. Il concetto di salute, intesa quale bene comune, da un lato esprime la necessità del mantenimento delle risorse da preservare, dall’altro, e soprattutto, richiede il coinvolgimento competente di tutti gli attori coinvolti, inclusi i piccoli pazienti, le loro famiglie e la Comunità tutta;

- *appartenenza e lealtà*: il lavoro di gruppo multidisciplinare, imprescindibile in Sanità, affinché non resti un assunto teorico, presuppone lealtà e appartenenza: favorire la visibilità del contributo di ogni operatore al raggiungimento degli obiettivi aziendali facilita il “sentirsi un NOP”;

- *fiducia e trasparenza*: centrale è il perseguimento della trasparenza, non solo nel suo versante più visibile di pubblicazione e condivisione di atti e documenti, da cui si evince l’operato del management, ma anche come cultura organizzativa, che contribuisce a porre le basi per un autentico sentimento di fiducia che accomuni tutti gli attori coinvolti nel processo di cura;

- *ascolto e apertura*: la realizzazione di tali valori consente di creare una reale personalizzazione delle cure basata sulla conoscenza della peculiarità dei piccoli pazienti e delle loro famiglie, un’integrazione autentica tra funzioni aziendali, ma anche tra l’Ospedale ed il territorio; l’ascolto e l’apertura debbono essere garantite intercettando un delicato e dinamico equilibrio tra la tutela della privacy e della fragilità ed il mantenimento di un costante dialogo con l’esterno, in termini spaziali, culturali e di confronto dialettico”

*Integrità della ricerca* - Il rispetto dei principi e degli standard di integrità della ricerca, nonché il rispetto delle persone coinvolte nei percorsi della ricerca, costituiscono garanzia della qualità della ricerca stessa e contribuisce ad amplificare la rilevanza della scienza e a rafforzare le aspettative riposte in essa da

parte della società civile, con importanti ricadute sullo sviluppo scientifico nonché sul benessere della società. L'integrità è pertanto presupposto essenziale per la realizzazione di progetti di ricerca di alta qualità e coerenti con principi e valori etici, doveri deontologici e standard riconosciuti a livello nazionale ed internazionale.

Per ciò che attiene la seconda dimensione, legata alla riduzione dei rischi corruttivi si richiama:

- a) **Allegato 1:** dove viene descritta la nuova metodologia di analisi del rischio corruzione, messa a punto attraverso un percorso formativo ad hoc;
- b) **Allegato 2:** dove vengono elencate le aree, i processi e le attività sottoposte ad analisi di rischio secondo la nuova metodologia, di cui al punto precedente, e individuate le misure di contenimento.
- c) **Allegato 3:** Sezione “Amministrazione Trasparente” - Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti aggiornate con le modalità di pubblicazione della sezione “Bandi di Gara e Contratti” tenendo conto dapprima delle indicazioni di cui all'allegato 9 delle disposizioni ANAC e successivamente del processo di digitalizzazione e all'istituzione della nuova Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici in funzione dal 01 gennaio 2024.

### *3.3.5. Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione aziendale*

#### **Gruppo per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza: funzioni e compiti.**

Per realizzare gli obiettivi descritti in questa Sottosezione, l'Azienda Meyer IRCCS conferma ed aggiorna, in relazione al nuovo assetto organizzativo, il Gruppo di lavoro per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, coordinato dallo stesso Responsabile RPCT, dr. Gianfranco Spagnolo. I riferimenti sono aggiornati alle determinazioni derivanti dallo statuto aziendale entrato in vigore il 1 febbraio 2021.

Il Gruppo è costituito dalle seguenti figure professionali:

- Carla Bini, Coordinatore Area Tecnico Amministrativa e Responsabile della SOC Affari Legali e Rapporti con l'Università;
- Salvatore Iannucci, Responsabile SOC Amministrazione del Personale;
- Mariangela Ferrigno – SOC Affari Generali e Sviluppo;
- Laura Belmonte – SOC Supporto Amministrativo al funzionamento dell'ospedale;
- Giovanni Grazi - Responsabile SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica;
- Paola Barbacci – Responsabile SOSA Nucleo Operativo Direzione Sanitaria;
- Mirco Gregorini – Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie;
- Donatella Accolla – Responsabile Ufficio Sviluppo Risorse Umane;
- Giulia Bazzani – Responsabile SOC Salute Organizzativa e Formazione del personale;
- Bruno Manno – Supporto al gruppo, con funzioni di segreteria.

Il Gruppo è integrato per specifiche funzioni dalle seguenti figure professionali:

- Francesco Taiti – Responsabile SOC Gestione economica-finanziaria e Controllo di gestione;
- Marco Curradi - Responsabile Ufficio Smart Technology Hospital;
- Daniela Papini - Responsabile SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione ed umanizzazione delle cure;
- Maria Carmela Leo – “Ricerca clinica e Study design”;
- Alessandra Pugi – “Clinical Trial Office”;
- Luigi Sirianni - Staff Direzione Sanitaria - Responsabile SOSA Controllo Direzionale”;
- Tiziana Romanelli - Referente Ufficio Formazione;
- Antonietta Cucurachi – Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA);
- Stefania Gianassi – Responsabile SOS “Qualità ed Accreditamento”
- Simona Vergna – Responsabile SOS “Bed Management e Flussi dei Pazienti”;
- Luigi Rufo – Referente “Protezione dati personale e gestione riservatezza”.

Il Gruppo si avvale di Referenti interni ai diversi settori di attività, con particolare riferimento alla mappatura di processi rilevanti ed esposti a rischio corruzione ed agli obblighi legati agli “adempimenti trasparenza”. Relativamente ai compiti si richiamano quelli di:

- Determinare per ciascuna area di rischio, le esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, con l’indicazione delle modalità, dei responsabili, dei tempi di attuazione e degli indicatori. Le misure riguardano quelle obbligatorie, già individuate dalla norma, e quelle ulteriori individuate dal gruppo di lavoro;
- Individuare misure trasversali (trasparenza, informatizzazione dei processi, accesso telematico a documenti e procedimenti ed il loro riutilizzo, il monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali);
- Individuare, per ciascuna misura, il responsabile, le risorse, i tempi e modi di attuazione, attenzionando gli obiettivi in comune sia al ciclo della performance che alla Sottosezione prevenzione della corruzione e trasparenza;
- Individuare se necessario, per area di intervento, un referente per il coordinamento delle attività legate all’obiettivo, il quale si raccorderà con il Responsabile dell’area di intervento e avrà il compito di organizzare gli specifici incontri e rendicontare le attività;
- Individuare forme di consultazione per la elaborazione e/o di verifica e di aggiornamento annuale della Sottosezione al PIAO;
- Definire forme di monitoraggio dell’implementazione e sistema di reportistica sull’andamento dei lavori;
- Definire, in collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, azioni e misure per rendere operativa la metodologia suggerita dal P.N.A. in merito alla “gestione del rischio” ed applicarla ai procedimenti amministrativi interni.

### **Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.)**

Un riferimento per lo sviluppo delle attività di questa Sottosezione è il **Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.) per il settore sanitario**, istituito con Delibera della Giunta n. 1069 del 02.11.2016 della Regione Toscana. Il C.R.R.A. è volto a promuovere e valorizzare l'integrità e l'esperienza pluriennale dei RR.P.C.T. del SSR. Le attività promosse del Gruppo sono quelle di:

- condividere metodi di mappatura e gestione dei rischi di corruzione;
- gestire in modo coordinato le misure trasversali obbligatorie imposte dalla legge;
- coordinare le azioni formative in materia di prevenzione della corruzione;
- gestire in modo integrato il "sistema trasparenza" del servizio sanitario toscano.

A tale Coordinamento partecipano insieme alle Aziende, gli Enti del sistema sanitario toscano ARS (in particolare l'Osservatorio per la Qualità e l'Equità), ESTAR, il Centro di riferimento regionale criticità relazionali e FORMAS (Centro di formazione regionale).

Per il 2024 sono confermati gli incontri mensili al fine di promuovere la collaborazione ed il confronto tra i vari RPCT operanti sul territorio regionale.

#### *3.3.6. Procedimento di formazione, predisposizione e adozione della Sottosezione*

La predisposizione di questa Sottosezione è il risultato della valutazione con la Direzione della relazione del RPTC 2023 (pubblicata nella apposita sezione "Amministrazione trasparente" il 31 gennaio 2024) dove si sono illustrati i risultati raggiunti nel 2023, si sono prospettate le proposte di miglioramento pervenute dai responsabili delle aree a rischio corruzione per il 2024-2026 e definite le priorità di intervento 2024.

- con il gruppo operativo formato dalla Direzione e dai Responsabili di struttura per la predisposizione del PIAO, al fine formulare il documento.

La consultazione pubblica per acquisire proposte e/o osservazioni sulla Bozza della sottosezione "Rischi corruzione e trasparenza" del PIAO dell'AOU MEYER IRCCS per il triennio 2024-2026 è stata attiva dal 04 gennaio al 20 gennaio 2024. Non sono pervenute proposte o osservazioni in merito.

#### *3.3.7 Collegamento tra sistema di prevenzione e PNRR*

L'adozione del presente PIAO avviene in un momento storico particolare caratterizzato da un forte cambiamento dovuto alle molte riforme connesse agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per superare il periodo di crisi.

Il flusso di denaro a disposizione e le deroghe alla legislazione ordinaria introdotte per esigenze di celerità, richiedono il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione, soprattutto nel settore dei contratti pubblici, per evitare che i risultati

attesi siano vanificati da eventi corruttivi.

L'Azienda, a seguito del riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) da parte del Ministero della Salute, ha ulteriormente rafforzato la sua capacità di svolgere un ruolo di leadership nella ricerca pediatrica. In quanto ente del Servizio Sanitario Regionale, è coinvolta nei progetti PNRR previsti nella “Missione 6 – Salute” ed in progetti legati alla ricerca finalizzata. Per un primo approfondimento si rinvia al seguente link: <https://www.meyer.it/index.php/ospedale/ufficio-stampa/9-news/4643-ricerca-e-innovazione-finanziati-quattro-progetti-guidati-dal-meyer>

L'efficace e tempestiva attuazione del PNRR richiede che siano attivati, da parte dell'Azienda, adeguati sistemi di gestione e controllo in grado di assicurare il corretto utilizzo delle risorse finanziarie assegnate e il soddisfacente raggiungimento degli obiettivi, entro le scadenze fissate nella decisione di approvazione dello stesso Piano da parte dell'U.E.

Nello specifico, ai sensi dell'art. 22 del Reg. (UE) 2021/241 che istituisce il “Dispositivo per la ripresa e la resilienza (RRF)”, devono essere adottate opportune misure per tutelare gli interessi finanziari dell'Unione e per garantire che l'utilizzo dei fondi sia conforme al diritto dell'Unione e nazionale applicabile, con particolare attenzione alla prevenzione, individuazione e rettifica delle frodi, della corruzione, dei conflitti di interessi nonché del “doppio finanziamento”. Al fine di dare attuazione al PNRR-Salute, il Ministero della Salute, in qualità di Soggetto Titolare, ha costituito il “Sistema di Gestione e Controllo (Si.Ge.Co.). Il sistema Si.Ge.Co. definisce i ruoli e le funzioni svolte dai principali attori della fase attuativa degli interventi PNRR, le procedure riguardanti la fase di selezione, monitoraggio e presidio degli interventi, le tipologie di circuito finanziario, nonché le caratteristiche del sistema informativo. Attraverso il sistema Si.Ge.Co. i diversi soggetti responsabili aziendali dei processi di attuazione del PNRR dovranno registrare e attestare (dandone evidenza documentale) gli esiti dei controlli effettuati anche in riferimento alle misure per la prevenzione, individuazione e rettifica delle frodi, della corruzione, dei conflitti di interessi nonché del “doppio finanziamento”. Per quanto sopra riportato, come suggerito da ANAC, è opportuno che la Direzione, il RPCT ed i direttori/responsabili delle strutture aziendali coinvolte a vario titolo nei progetti, cooperino per garantire un efficace sistema di controllo per la prevenzione, l'individuazione e la rettifica delle frodi, dei casi di corruzione e dei conflitti di interessi. Tutti i dirigenti ed i responsabili che gestiscono processi rilevanti per l'attuazione degli obiettivi del PNRR e per la gestione dei fondi strutturali devono: 1. procedere all'aggiornamento/analisi dei suddetti processi in conformità a quanto previsto dalla presente sezione del PIAO, implementando le misure previste dal PNA 2022-2024, dalla Circolare MEF n. 30 del 11/08/2022 e dal relativo Allegato “Linee guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei soggetti attuatori, dalla Direttiva operativa MDS-UMPNRR-08-15/06/2022, da eventuali successive indicazioni

provenienti dagli Enti competenti; 2. verificare la puntuale pubblicazione di tutti i dati, documenti e informazioni nella sezione Amministrazione Trasparente con particolare attenzione a quelli relativi ai processi che concorrono all'attuazione degli obiettivi del PNRR e alla gestione dei fondi strutturali; acquisire le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà e di certificazione di assenza di conflitti di interesse, ai sensi del DPR n. 445/2000, sottoscritte dai soggetti interni o esterni all'Azienda che svolgono incarichi specifici nell'ambito di tutti i processi che concorrono all'attuazione degli obiettivi del PNRR (p.e. Responsabile unico del procedimento, membri delle Commissioni di gara, presidente di gara, RES, DEC, Collaudatori, Coordinatori e ogni altro soggetto richiamato dal PNA 2022-2024) ed a carico dei partecipanti ai bandi di gara, in linea con la normativa vigente del codice dei contratti pubblici.

### *3.3.8 Obiettivi strategici specifici della prevenzione della corruzione e trasparenza*

Dal punto di vista della prevenzione della corruzione sono confermati gli orientamenti strategici della L. n. 190/2012:

- Effettuare le opportune valutazioni del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione.
- Attuare le azioni individuate e le misure volte a prevenire il rischio di corruzione.
- Programmare interventi formativi e di sensibilizzazione sui temi della prevenzione della corruzione e dell'etica.

Tenuto conto del quadro normativo di riferimento del nuovo Codice dei Contratti pubblici (d.lgs. 36/2023 e s.m.i.) e della nuova veste giuridica del Meyer IRCCS e dei suoi riflessi organizzativi prospettati, si ritiene utile aggiornare la presente sezione del PIAO attraverso la definizione di due azioni prioritarie volte alla prevenzione del relativo rischio corruzione quali la formazione in aula dei soggetti coinvolti in tali processi (ricerca, PNRR) e l'adeguamento dei processi operativi dei contratti pubblici alle nuove modalità di comunicazione e trasparenza.

In merito alla gestione del rischio corruzione, in accordo con la Direzione, si è deciso di pianificare prioritariamente un percorso formativo che, abbracciando diversi ambiti di sviluppo precedentemente richiamati, fornisca strumenti utili alla gestione e monitoraggio del rischio corruzione e gestione del conflitto di interesse.

Tale percorso, iniziato nel 2022, ha avuto seguito anche nel corso del 2023 ed ha portato al consolidamento della nuova metodologia adottata per la mappatura del rischio corruzione, nonché all'ampliamento dei processi mappati (vedi successivo punto 2).

Premesso ciò si descrive brevemente di seguito lo stato dell'arte e si elencano nel dettaglio le relative

attività programmate per il prossimo futuro:

- 1) **Formazione:** sviluppo delle attività attraverso il seguente “PROGRAMMA FORMAZIONE MEYER IRCCS ANNO 2024”, PAF 2024:

Titolo Evento	Obiettivo Formativo	Trimestre	Target Utenza	Durata	Modalità
Formazione Strutture Operative su metodologie e conoscenze in materia di analisi dei rischi corruzione	Acquisire strumenti metodologici per la mappatura del rischio corruzione all'interno dei procedimenti aziendali, partendo dall'analisi di processi specifici	Ott/Nov/Dic 2024	Medici, infermieri, tecnici, amministrativi	12 ore, 3 incontri	Aula
La gestione del conflitto di interessi in ambito sanitario: riconoscere, valutare e gestire il conflitto di interessi - III Edizione	Acquisire competenze in ambito alla definizione del conflitto di interesse in ambito sanitario: riconoscere, valutare e gestire le situazioni di conflitto attraverso lo studio e l'analisi di esempi pratici	Ott/Nov/Dic 2024	Tutti gli operatori che non hanno incarichi organizzativi, gestionali o di coordinamento	1 evento di 3 ore	Webinar
Corso FAD Regionale su aggiornamento dei codici di comportamento previsto dall'art. 54 d.lgs 165/2001 (Gruppo Regionale RPCT)	Argomenti di carattere generale su aggiornamento Codice di Comportamento	Disponibile nel 2024	Medici, infermieri, altre professioni sanitarie, dirigenti laureati, tecnici, amministrativi	4 ore	FAD - Formas
Laboratorio su "Il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici: misure attuative nell'AOU Meyer IRCCS"	Argomenti di carattere specifici e casistica sul tema	Apr/Mag/Giu 2024	Aree da individuare	12 ore in 3 incontri per 2 docenti	Aula

La Formazione, nel corso del 2023, oltre a focalizzarsi sulla mappatura del rischio corruzione e l'attività di monitoraggio, ha ulteriormente riguardato anche temi quale la diffusione e la sensibilizzazione del nuovo Codice Etico e di Comportamento adottato a dicembre del 2022. Tale doppio percorso sarà oggetto di ampliamento anche nel corso del 2024 con approfondimenti ulteriori sul tema della mappatura del rischio corruzione (nell'ambito della ricerca scientifica e della gestione dei fondi derivanti dal PNRR) e dell'aggiornamento del Codice di Comportamento attraverso un laboratorio destinato ai dipendenti.

Nell'ambito della programmazione regionale vi è anche stata la partecipazione attiva all'aggiornamento del Corso FAD sul nuovo codice di comportamento in collaborazione col Gruppo regionale degli RPCT. Il corso è fruibile a partire da gennaio 2024.

- 2) **Gestione del rischio corruzione,** ulteriori applicazioni della nuova e consolidata metodologia di

mappatura del rischio corruzione, di cui all'**Allegato 1 e 2** di questo PIAO 2024-2026. La nuova metodologia consolidata nel 2022 (di cui si dà evidenza nella Relazione RPTC 2022) è stata sperimentata e utilizzata, attraverso un percorso formativo/risultato, sui processi aziendali definiti con la Direzione ed in linea con gli sviluppi legati al riconoscimento IRCCS, agli aggiornamenti dei processi JCI, ai finanziamenti PNRR. Per l'analisi dello stato dell'arte sul tema si rinvia a quanto già fatto con la precedente metodologia di mappatura evidenziata nei precedenti PIAO e nei superati Piani triennali della prevenzione della corruzione e della trasparenza. La nuova metodologia ha portato nel corso del 2022 alla mappatura del rischio corruzione sui seguenti processi aziendali (*vd. Allegato 2 del presente PIAO*):

- Area acquisti beni e servizi \_ Approvvigionamento beni e servizi sanitari;
- Area affari generali \_ Convenzioni e contratti di acquisto e fornitura di servizi sanitari (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto);
- Area Sanitaria \_ Programmazione chirurgica e gestione liste di attesa
- Ricerca Scientifica \_ Sperimentazione clinica (sperimentazioni cliniche, negoziazione stipulazione ed esecuzione delle convenzioni).

Attraverso il consolidamento della metodologia adottata, grazie ad un percorso formativo integrato e mirato, nel corso del 2023 è stato ampliato il novero dei processi aziendali mappati sotto il profilo del rischio corruzione:

- Gestione del Personale (Assegnazione borse di studio);
- Acquisti di beni e servizi – Approvvigionamento Farmacia (Avvio e gestione di un contratto di servizio);
- Ricerca Scientifica (Valutazione Studio Clinico da parte del CE – Prescrizione del farmaco in studio osservazionale farmacologico);
- Formazione (Sponsorizzazione evento formativo);
- Affari Generali (Donazioni).

I soggetti coinvolti nella mappatura sono stati destinatari dell'apposito corso di formazione ed hanno lavorato in gruppi di lavoro costituiti sia da componenti amministrativi che da componenti sanitari per un approccio più trasversale all'attività di analisi dei vari procedimenti.

- 3) **Amministrazione trasparente:** continuo e tempestivo aggiornamento della sezione internet, aggiornamento dei referenti e delle strutture deputate alla pubblicazione; revisione e aggiornamento della nuova sezione “bandi di gara e contratti”/PNRR, seguendo le indicazioni ANAC e l'approfondimento fatto all'interno del Gruppo regionale RPCT. La sezione “Bandi di gara e contratti” è stata infatti oggetto di continuo aggiornamento dapprima in relazione alle indicazioni

contenute nell'Allegato 9 ANAC per le procedure successive al 01 luglio 2023 ed è tuttora in fase di riprogrammazione in occasione dell'avvio del funzionamento della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici dal 01 gennaio del 2024. Il processo di digitalizzazione ha quindi comportato un significativo cambiamento anche negli oneri di pubblicazione in capo alle Stazioni Appaltanti di cui alle delibere ANAC nn. 261 e 264 del 2023. Pertanto l'AOU Meyer IRCCS sta recependo le nuove disposizioni sul tema ampliando l'apposita sezione sul proprio sito aziendale in "Amministrazione Trasparente" e aggiornando gli obblighi di pubblicazione nell'apposita tabella (vd. Allegato 3). In ambito agli obblighi Trasparenza è anche da segnalare l'istituzione di un **monitoraggio straordinario** a cadenza mensile al fine di verificare che le pubblicazioni siano complete, esatte ed aggiornate.

Dalle relazioni finali 2023 e degli obiettivi/attività 2024 pervenute dai Responsabili delle strutture coinvolte nei processi di mappatura e gestione del rischio corruzione si evidenziano le azioni e misure per il 2024 ritenute significative per le finalità di trasparenza ed integrità. Tali obiettivi, quali misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, confluiscono, negli obiettivi di budget delle strutture indicate.

#### **Struttura: Dipartimento delle professioni sanitarie**

Nell'ambito della gestione del rischio corruzione dell'area "attività assistenziale istituzionale", "conflitto di interessi", "formazione", vengono rinnovate le seguenti azioni/misure:

- Redazione e formalizzazione ad opera dei referenti organizzativi nelle singole articolazioni aziendali di elenchi di operatori del dipartimento che possono essere individuati per la partecipazione a commissioni di concorso/selezioni interne ed esterne, commissioni di gara, gruppi di lavoro internazionali, nazionali, regionali, aziendali;
- Partecipazione di operatori del Dipartimento ai vari livelli di responsabilità e futuri corsi di formazione in materia di rischi corruttivi.

#### **Struttura: SOS Bed Management e flussi dei pazienti**

Nell'ambito della gestione del rischio corruzione dell'area "attività assistenziale istituzionale", per il monitoraggio dell'attività e l'aggiornamento della sezione amministrazione trasparente" viene rinnovata la programmazione delle seguenti azioni/misure:

- Estrazione a cadenza settimanale dell'attività chirurgica e dello stato di scorrimento delle liste di attesa: si segnala a tal proposito l'impossibilità di produrre un Report automatico a cadenza settimanale dell'attività chirurgica e dello stato di scorrimento delle liste di attesa per la mancata definizione della convenzione con la Ditta proprietaria del software.
- Monitoraggio trimestrale dell'attività dei professionisti in relazione all'entità delle modifiche apportate

alle classi di priorità dei pazienti e alle modalità

- Monitoraggio trimestrale del numero di posizioni (pz) ai quali è stata modificata la classe di priorità
- Monitoraggio quindicinale tempo di attesa prestazioni prima visita

### **Area: Meyer Children's Research Institute**

Nell'ambito dell'area di rischio "sperimentazioni cliniche e ricerca" per la gestione del rischio corruzione, del conflitto di interessi e del codice etico e di comportamento, nel corso del 2023 sono state svolte le seguenti attività: l'introduzione di un nuovo modello di dichiarazione dei conflitti di interessi dei PI e l'avvio di un processo di validazione con la messa a punto di procedure specifiche per l'utilizzo del software REDCap.

Per il 2024 sono programmate e rinnovate le seguenti azioni/misure:

- Applicare la metodologia appresa nei corsi di formazione sulla gestione del rischio corruzione non soltanto alle attività del Comitato Etico, alla valutazione dei conflitti di interessi degli sperimentatori, al ciclo contrattuale nella sperimentazione clinica, ma anche agli altri settori di operatività del Meyer Children's Research Institute che affrontano diversi aspetti della ricerca clinica;
- Sensibilizzazione e formazione su Codice di Comportamento;
- Valutazione dei conflitti di interessi dei componenti del CE da eseguire prima di ogni riunione, in base agli studi presenti all'OdG e da una commissione esterna e indipendente;
- Nel corso del 2024 è prevista l'adozione e la pubblicazione del "Codice di condotta per l'integrità della ricerca" nel quale vengono elencati i principi e gli standard di integrità della ricerca che costituiscono garanzia della qualità della ricerca stessa

### **Struttura: SOC Affari Generali e Sviluppo**

Nell'ambito dell'area di rischio "accettazione donazione di attrezzature sanitarie" per la gestione del rischio corruzione e del conflitto di interessi vengono programmate le seguenti azioni/misure:

- Aggiornamento del regolamento sulle donazioni di cui alla delibera n 437/2018 con particolare attenzione alla disciplina del conflitto di interessi nell'ambito del procedimento autorizzativo e all'adozione di modulistica tipo per proposta di donazione, completa di dati sui costi diretti (consumabili e assistenza) e dichiarazione di assenza di conflitto di interessi anche con i fornitori di consumabili e assistenza.
- Aggiornamento in sede di istruttoria del modulo contenente il riepilogo strutturato e circostanziato dell'istruttoria (evidenza documentale) e ricezione delle dichiarazioni del responsabile di struttura e del firmatario del parere tecnico su assenza di conflitto di interesse con donante, con fornitori di materiali e assistenza.

### **Struttura: SOC Supporto Amministrativo al Funzionamento dell'Ospedale**

Nell'ambito dell'area di rischio "Rapporti contrattuali" per la gestione del rischio corruzione, del conflitto di interessi e delle "Amministrazione trasparente", sono programmate le seguenti azioni/misure:

- partecipare alla definizione delle nuove modalità di pubblicazione in "Amministrazione trasparente" della sezione "Bandi di Gara e Contratti" / PNRR secondo le nuove specifiche ANAC.

### **Area: PREMs (Patient Reported Experience Measures)**

Nell'ambito delle azioni/misure legate alla misura "Sensibilizzazione, rapporto e monitoraggio con la società civile" continua le attività per:

- raggiungere una piena funzionalità, attendibilità e sicurezza della piattaforma di restituzione dei risultati di PREMs-VOICES, tramite la collaborazione con MeS che ne ha la responsabilità e ne presiede l'implementazione e gestione. Tale condizione costituisce un requisito essenziale affinché si possa organizzare presso l'Ospedale una modalità sistematica di analisi e restituzione delle informazioni ai professionisti a vari livelli, al fine di individuare e prioritarizzare le criticità eventualmente emerse dall'indagine e ideare e attuare gli opportuni interventi a miglioramento dell'assistenza.

### **Area: Ufficio Formazione – SOC Salute Organizzativa e Formazione Professionale**

Nell'ambito delle azioni/misure legate alla formazione ed ai relativi incarichi di docenza sono programmate le seguenti attività:

- il proseguimento dell'albo docenti per consentire l'inserimento nell'albo dei nuovi docenti che ne faranno domanda;
- Gli incarichi attribuiti dall'Ufficio Formazione, su indicazione dei Responsabili Scientifici degli eventi del PAF, saranno oggetto di un monitoraggio, come stabilito dal Gender Equality Plan.
- Ulteriore obiettivo dell'Ufficio Formazione, condiviso con il Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza, è quello di proseguire l'attività di orientamento ai corsi previsti nel Piano Annuale della Formazione 2024 (in corso d'adozione), in materia di prevenzione della corruzione e codice di comportamento. In particolare tutto il personale che non ha ancora svolto attività formativa in materia, è stato già iscritto d'ufficio al percorso individuato dal RPCT aziendale e sarà indirizzato dall'Ufficio Formazione allo svolgimento del corso. L'Ufficio Formazione trimestralmente invierà i dati di monitoraggio sullo stato di completamento attività ai singoli responsabili di struttura e al Responsabile di riferimento.

### **Struttura: SOC Organizzazione dei processi di partecipazione, comunicazione e umanizzazione delle cure pediatriche**

Nell'ambito delle azioni/misure legate alla "Sensibilizzazione, rapporto e monitoraggio con la società civile" oltre alle attività di competenza in materia (Gestione dei reclami, Pubblicazione ed aggiornamento tempestivo in "amministrazione trasparente" dei dati di competenza e di quelli forniti dai referenti e dalle strutture delegate alla fornitura dei dati) continua l'impegno della struttura per un maggior coinvolgimento e partecipazione delle famiglie e delle associazioni nell'ambito delle attività di sviluppo del Family Center. Nel febbraio 2024 sarà rinnovato l'attuale Protocollo di intesa per adeguarlo ai cambiamenti legislativi intervenuti in materia di privacy e altro, al riconoscimento IRCCS, allo spazio dedicato alle associazioni presso il family, alla parte di diritti e doveri reciproci fra Azienda e Associazioni.

**Per tutte le strutture tecnico-amministrative** gli obiettivi assegnati sono:

- Formazione: partecipazione al Corso FAD base su piattaforma FORMAS per chi non ha la partecipato ai corsi in materia negli ultimi 5 anni;
- Formazione: partecipazione agli eventi formativi obbligatori in cui si è destinatari di corsi/webinar specifici;
- Amministrazione trasparente: individuazione dei referenti delle strutture per sottosezione per le attività di aggiornamento e pubblicazione dei dati.

### *3.3.9 Gestione del rischio corruzione e mappatura dei processi -*

Nel 2024 continua, in una logica di approccio graduale e emirato, il percorso formativo/risultato con la nuova metodologia di gestione del rischio corruzione di cui all'Allegato 1 della presente sottosezione.

Dall'elenco dei processi, definiti nel 2021 in coerenza con l'approccio qualitativo indicato da ANAC, tenuto conto dei fattori individuati per stimare il potenziale di rischio di ogni processo (il livello di interesse esterno; la rilevanza economica; il grado di discrezionalità del decisore) per il 2024 sono individuate le seguenti aree di intervento, oggetto di formazione/risultato:

- Area acquisti beni e servizi, Area acquisti lavori, in rapporto ai temi del PNRR, conflitto di interessi e trasparenza;
- Ricerca Scientifica.

Altre aree di intervento potranno essere individuate a seguito dei risultati emersi nel corso degli eventi formativi e delle attività di mappatura già concluse.

Infatti, in relazione all'ultimo corso formativo dedicato all'utilizzo della metodologia, tutti i soggetti coinvolti hanno lavorato in gruppi di lavoro costituiti sia da componenti amministrativi che da componenti sanitari. Gli stessi soggetti, oltre a condividere l'attività di analisi e gestione dei rischi corruzione in relazione ai processi comuni, hanno anche svolto degli elaborati individuali che saranno oggetto di approfondimento nel corso della mappatura del 2024.

Brevemente, la metodologia di cui all'Allegato 1 della presente sottosezione è volta:

- ad identificare e valutare i rischi corruttivi potenziali e concreti;
- a definire la sussistenza di fattori abilitanti interni ed esterni;
- a progettare misure organizzative fattibili per il trattamento del rischio, con particolare riferimento alle misure già esistenti e alla predisposizione di nuove quali ad esempio le misure di digitalizzazione;
- a definire tempi compatibili di attuazione e di monitoraggio;

L'utilizzo della nuova metodologia, integrata con percorsi formativi mirati, ha portato oggi all'analisi ed alla mappatura dei seguenti processi aziendali (*vd. allegato 2 alla Sottosezione del PIAO*):

- a) Approvvigionamento beni e servizi sanitari;
- b) Convenzioni e contratti di acquisto e fornitura di servizi sanitari;
- c) Programmazione chirurgica e gestione liste di attesa;
- d) Sperimentazione clinica;
- e) Ricerca scientifica: studio osservazionale farmacologico;
- f) Ricerca scientifica: valutazione studio clinico da parte del CE;
- g) Amministrazione del personale: assegnazione borse di studio;
- h) Avvio e gestione contratti di servizio;
- i) Donazioni;
- j) Sponsorizzazioni.

La mappatura ed il monitoraggio dei processi aziendali mediante l'utilizzo della su descritta metodologia è tuttora in continua evoluzione. Pertanto, l'elenco delle aree attenzionate e dei processi mappati verrà costantemente ampliato. Restano comunque valide le azioni di monitoraggio e mappatura del rischio intraprese fin ora e rappresentate nelle schede di "Control Self Risk Assessment", consultabili nei precedenti PIAO e Piani Triennali al seguente link:

<https://www.meyer.it/index.php/amministrazione-trasparente/altri-contenuti/352-prevenzione-della-corruzione>

### *3.3.10 Programmazione dell'attuazione della Trasparenza*

La trasparenza, secondo il dettato normativo di cui al D.lgs n. 33/2013 come modificato dal d.lgs. n. 97/2016, è intesa come "accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dall'Azienda, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrative, favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" concorrendo alla realizzazione di una Amministrazione aperta ed al servizio del cittadino.

Le disposizioni in materia di trasparenza amministrativa “integrano l’individuazione del livello essenziale delle prestazioni a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione”. La trasparenza con il PIAO acquisisce e concorre, inoltre, alla protezione e creazione del “valore pubblico”.

La trasparenza ha dunque un ruolo di primo piano nel sistema di prevenzione alla corruzione. Costituisce la misura di prevenzione della corruzione volta a promuovere l’integrità e la cultura della legalità attraverso una ricerca continua della qualità delle informazioni pubblicate, del costante aggiornamento, completezza e tempestività. Da questo punto di vista la trasparenza amministrativa “concorre alla protezione e alla creazione del valore pubblico”. Il sito web Meyer IRCCS, visto non solo dal punto di vista dell’applicazione del d.lgs n. 33/2013 e s.m.i., presenta una comunicazione particolarmente orientata al cittadino che si caratterizza per una facilità di accesso e una semplicità di consultazione.

Per una sintesi delle specifiche indicazioni sugli obiettivi e sulle azioni in ambito agli adempimenti sulla trasparenza si veda l’**Allegato 3: Sezione “Amministrazione Trasparente” - Elenco degli obblighi di pubblicazione** che individua le strutture ed i nominativi a cui sono assegnati gli obiettivi organizzativi ed individuali. In tale allegato sono organizzati i flussi informativi necessari a garantire l’individuazione, l’elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione di dati. Sono indicati inoltre i nominativi dei soggetti e gli Uffici responsabili di ognuna delle attività citate.

Sulla base di quanto premesso per il triennio 2024-2026 di norma i Responsabili ed i Referenti per l’attuazione delle misure di pubblicazione, aggiornano e monitorano i dati con il supporto e l’affiancamento del RPCT.

In questo ambito ed in collaborazione la SOC Affari Generali e Sviluppo, viene prestata attenzione alle misure collegate al diritto di accesso civico semplice e generalizzato. Misure che riguardano la gestione delle istanze di accesso, il monitoraggio, la catalogazione delle richieste e la pubblicazione dei report informativi.

Più in generale, ai fini dell’assolvimento dell’obbligo di pubblicazione e tenuto conto delle proprie caratteristiche organizzative, i responsabili tenuti all’inoltro dei dati in “amministrazione trasparente” devono indicare correttamente la sezione di pubblicazione, garantire la completezza e l’aggiornamento secondo le specifiche dell’Allegato 3, utilizzare un formato aperto o elaborabile (es. ods, csv, pdf elaborabili).

Nel 2024 la griglia, di cui all’Allegato 3, riportante l’elenco degli obblighi di pubblicazione della sezione “amministrazione trasparente” è integrata con le informazioni sulle scadenze di pubblicazione e aggiornamento dei dati, con le specifiche legate alla titolarità della struttura e alla identificazione del responsabile per la pubblicazione e la trasmissione dei dati.

La griglia risentirà della nuova strutturazione della sezione “Bandi di gara e contratti” in Amministrazione Trasparente. L’aggiornamento è iniziato nel corso del 2023 seguendo le indicazioni dell’Allegato 9 del PNA 2022, in cui si elenca per ogni procedura contrattuale, dai primi atti all’esecuzione, gli obblighi di trasparenza in materia. Attività che ha già visto l’attivazione della nuova sezione “bandi di gara e contratti” organizzata per singola procedura di affidamento sino al 31.12.2023. Oggi lo scenario è nuovamente mutato in occasione dell’avvio del funzionamento della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici dal 01 gennaio del 2024. Il processo di digitalizzazione ha quindi comportato un significativo cambiamento anche negli oneri di pubblicazione in capo alle Stazioni Appaltanti di cui alle delibere ANAC nn. 261 e 264 del 2023.

Infatti, tutte le stazioni appaltanti e gli enti concedenti sono tenuti, a partire dal 1 gennaio 2024, a trasmettere tempestivamente alla BDNCP, attraverso le piattaforme di approvvigionamento certificate, tutte le informazioni sul ciclo di vita del contratto di cui alla Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023. Tutte le informazioni residuali richieste dalla normativa e non inviate alla Banca Dati Nazionale saranno oggetto di pubblicazione obbligatoria nell’apposita sezione di Amministrazione Trasparente a cura delle Aziende.

La sezione “Bandi di gara e contratti” sarà pertanto ampliata prevedendo un’apposita sotto-sezione destinata a tutte le procedure originate dopo il 01 gennaio del 2024 nel quale confluiranno tutte le informazioni richieste dalla nuova normativa in vigore (vd. Allegato 3).

Le attività di aggiornamento e di monitoraggio delle pubblicazioni dei dati in “Amministrazione Trasparente” costituiscono obiettivi ordinari di budget 2024 per le strutture ed i soggetti coinvolti. Tale coinvolgimento sarà misurato e valutato sulla base degli accordi sindacali in essere per l’erogazione del salario di risultato e dei processi di valutazione e certificazione degli organi di controllo quali il Collegio Sindacale e l’Organismo indipendente di valutazione.

In ambito alle attività di monitoraggio legate agli obblighi Trasparenza è anche da segnalare l’istituzione di un **monitoraggio straordinario**, in aggiunta a quello ordinario, a cadenza mensile al fine di verificare che le pubblicazioni siano complete, esatte ed aggiornate.

L’assolvimento degli obblighi di pubblicazione anche sotto il profilo qualitativo del dato, è infatti attestato dall’OIV, il cui esito è pubblicato sul sito aziendale - sezione “Amministrazione trasparente”.

Per ciò che riguarda gli approfondimenti tematici sulle misure generali comuni si rinvia in questa sede a consultare il precedente Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025, con particolare evidenza all’Allegato 3 dedicato alle “Aree di intervento comuni e obbligatorie per tutti gli enti della pubblica amministrazione”. Nel succitato Allegato 3 sono presenti gli approfondimenti sullo stato dell’arte e sugli obiettivi generali perseguiti in relazione ad aree comuni quali ad esempio la gestione del

conflitto di interessi, il Codice di Comportamento, il pantouflage, il whistleblowing, ecc.

### *3.3.11 Monitoraggio e riesame, Relazione del Responsabile della prevenzione e note finali*

Il monitoraggio consente di tener conto delle risultanze ottenute e apportare aggiustamenti alle strategie di prevenzione adottate.

Per ciò che attiene la gestione del rischio corruzione, l'attività di monitoraggio è insita nelle funzioni del responsabile dell'area a cui i processi si riferiscono che definiscono la frequenza dei controlli e dei riesami.

Il monitoraggio si conclude ogni anno con la richiesta del RPCT di indicare i risultati raggiunti, le criticità emerse e le eventuali misure da attuare. A fine anno ogni responsabile invia tali dati al RPCT attraverso una scheda di analisi sintetica della quale si dà evidenza nella relazione finale di cui all'art. 1 c. 14 della L. 190/2012.

In merito alla pubblicazione ed aggiornamento dei dati in "Amministrazione Trasparente", il monitoraggio avviene semestralmente ed in occasione della certificazione annuale dell'Organismo Indipendente di Valutazione, sulla base dei compiti ad esso assegnati dall'art. D.lgs 150/2009 e ss.mm.ii.

Il Responsabile, ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. 190/2012, entro il 15 dicembre di ogni anno, salvo tempistiche diverse indicate da ANAC, redige la relazione annuale sull'efficacia delle misure di prevenzione da pubblicare sul sito istituzionale dell'Ente integrata con le indicazioni contenute dal format richiesto da ANAC annualmente. Tale relazione è poi pubblicata sul sito internet ufficiale.

Infine, la presente Sottosezione rinvia alla normativa ed alle Determine ANAC per quanto qui non contenuto, in particolare per gli approfondimenti sui profili disciplinari e sanzionatori del responsabile della prevenzione della corruzione, degli organi di vertice, dei dirigenti per l'omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte e dei dipendenti per la violazione delle misure di prevenzione previste.

## **4. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO**

### **4.1 Modello organizzativo dell'A.O.U. Meyer IRCCS**

L'organizzazione dell'A.O.U. Meyer IRCCS è attualmente disciplinata dallo Statuto Aziendale adottato, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Firenze, con deliberazione del Direttore Generale n. 54 del 1 febbraio 2021 e reperibile al seguente link: (<https://www.meyer.it/images/pdf/statuto-aziendale/meyer-statuto-aziendale.pdf>).

Sono Organi dell'A.O.U. Meyer IRCCS il Direttore Generale, il Collegio Sindacale, il Collegio di Direzione e l'Organo Paritetico.

Il Direttore Generale è nominato dal Presidente della Giunta Regionale, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Firenze. Ha la rappresentanza legale dell'Azienda, assicura il perseguimento della mission aziendale avvalendosi degli strumenti organizzativi previsti dallo Statuto, ne garantisce il governo complessivo coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Esercita, coerentemente con i principi, gli obiettivi, gli indirizzi e le direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del Servizio Sanitario Toscano e dell'Università degli Studi di Firenze, i poteri organizzativi e gestionali attribuitigli dalle leggi. Presidia lo svolgimento delle funzioni necessarie alla direzione, all'organizzazione ed all'attuazione dei compiti di istituto nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza, nonché dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità della gestione, secondo le linee programmatiche definite dall'Organo Paritetico. Garantisce l'effettiva integrazione tra assistenza, didattica e ricerca nell'ambito delle attività espletate all'interno dell'Azienda nell'interesse congiunto con l'Università degli Studi di Firenze per la tutela della salute della collettività. Esercita le sue funzioni con atti di diritto privato nei limiti previsti dal codice civile oppure, nei casi previsti dalla vigente normativa, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge 241/90. Nomina il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario.

Il Collegio Sindacale è composto da cinque membri, nominati dal Direttore Generale sulla base delle designazioni della Regione Toscana, del Ministro dell'Economia e Finanza, del Ministro della Salute, del Ministro dell'Istruzione Università e Ricerca e dell'Università degli Studi di Firenze.

Il Collegio Sindacale verifica l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale, l'osservanza delle leggi, la regolare tenuta della contabilità anche attraverso il controllo degli atti posti in essere dall'Azienda ai sensi dell'art. 3 ter del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e dell'art. 42 L.R.T. 40/2005.

Il Collegio di Direzione supporta la direzione aziendale nella programmazione e valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, con particolare riferimento alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali; concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e di innovazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività

libero professionale intra – muraria ed alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Sanitario, ed è composto dalle figure individuate dalla normativa regionale di riferimento; atteso il modello organizzativo aziendale il collegio è integrato con i responsabili delle strutture funzionali di massima dimensione aziendale titolari di budget, ancorché non dipartimentale.

L'Organo Paritetico, organismo collegiale di riferimento dell'Azienda, è composto dall'Assessore regionale al Diritto alla salute, dal Rettore dell'Università degli Studi di Firenze e dal Direttore Generale dell'Azienda; a tale Organo partecipano i due medici vicepresidenti del Consiglio dei Sanitari dell'Azienda; potrà partecipare altresì ai lavori altro rappresentante designato dall'Ateneo Fiorentino.

L'Organo Paritetico garantisce il livello di integrazione economico – patrimoniale tra l'Azienda e l'Università degli Studi di Firenze, mediante la proposizione di iniziative e misure che assicurino la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo compongono la Direzione Aziendale.

La Direzione Aziendale è titolare della funzione di pianificazione strategica e ha il compito di assistere il Direttore Generale nello svolgimento delle proprie funzioni. Definisce in particolare la politica aziendale, la programmazione, gli obiettivi generali e le strategie per il loro conseguimento. Inoltre, controlla l'andamento generale delle attività e verifica la congruità delle metodologie adottate per il conseguimento degli obiettivi.

La Direzione aziendale come responsabile della pianificazione strategica, in coerenza anche con quanto previsto dalla pianificazione regionale, definisce gli obiettivi generali dell'azienda di medio-breve termine, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse e l'assetto organizzativo dell'Azienda.

#### ***4.2 Strumenti organizzativi***

L'A.O.U. Meyer IRCCS garantisce lo svolgimento dei suoi compiti istituzionali attraverso strumenti organizzativi volti a dare la migliore risposta alle esigenze di assistenza, di didattica e di ricerca; tali strumenti si concretizzano in articolazioni organizzative differenziate tra il macro-ambito di cura assistenziale ed il macro-ambito sanitario, amministrativo e tecnico-professionale.

Le attività di cura sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative:

*A) Dipartimento ad attività Integrata (DAI)*

*a 1) Area Funzionale Omogenea (AFO)*

*a 2) Struttura Organizzativa Complessa (SOC) e Struttura Organizzativa Semplice Autonoma (SOSA)*

*a 3) Struttura Organizzativa Semplice Intra-SOC*

*a 4) Centro Specialistico*

- B) Centro di Eccellenza
- C) Centro interaziendale per la ricerca e l'innovazione
- D) Incarico di programma
- E) Incarichi professionali a valenza organizzativa.

Le attività esercitate dalle professioni sanitarie e le attività tecnico amministrative e professionali sono gestite attraverso le seguenti articolazioni organizzative:

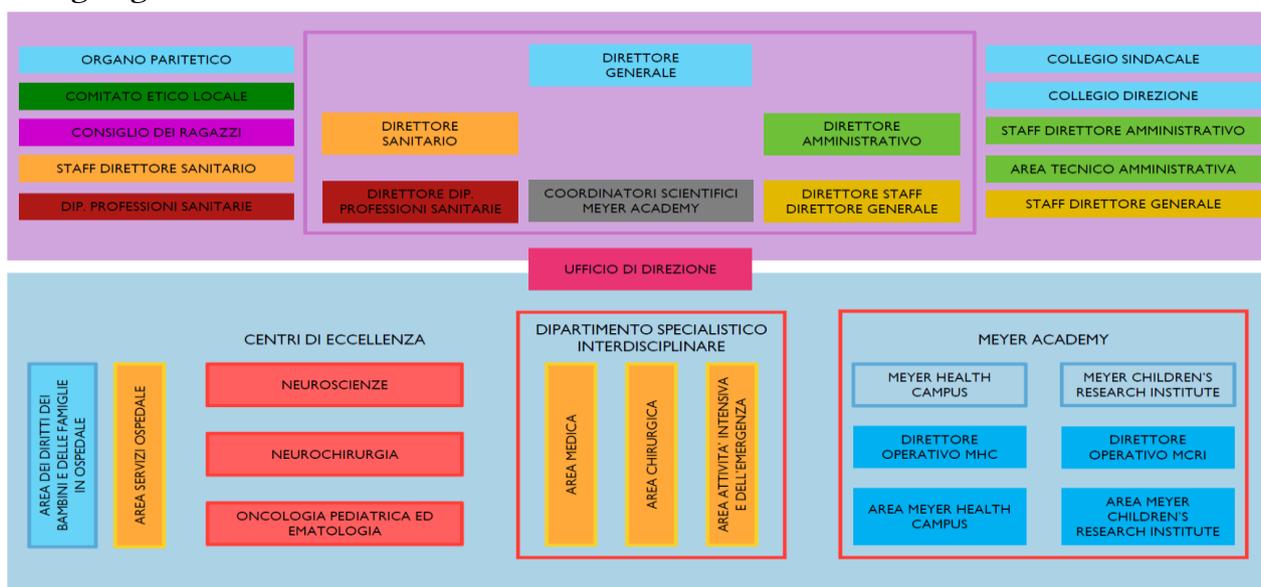
- F) Dipartimento
  - f1) Area
  - f2) Struttura Organizzativa Complessa (SOC) e Struttura Organizzativa Semplice (SOS)
  - f3) Ufficio e Unità Professionale
  - f4) Incarichi di funzione

Le aree operative della Didattica e Formazione, nonché della Ricerca e Innovazione come in precedenza declinate, sono sviluppate d'intesa ed in sinergia con l'Università degli Studi di Firenze anche nella dimensione accademica in considerazione della specifica natura che caratterizza un'azienda ospedaliero – universitaria. Tali aree, ricomprese in un unico macro ambito organizzativo denominato *Meyer Academy*, sono il *Meyer Health Campus* ed il *Meyer Children's Research Institute*.

Il *Meyer Health Campus* costituisce l'area destinata alla formazione dei professionisti del settore sanitario, sinergicamente assicurata dall'Azienda e dall'Università degli Studi di Firenze, che si pone l'obiettivo di favorire l'incontro e lo scambio di conoscenze, competenze ed abilità tra tutti i professionisti della rete pediatrica regionale, unitamente allo sviluppo delle conoscenze accademiche.

Il *Meyer Children's Research Institute* costituisce il luogo nel quale, attraverso la propria organizzazione e l'incontro tra le problematiche cliniche e le conoscenze tecnico-scientifiche, si favorisce la promozione di soluzioni innovative utili a migliorare l'assistenza pediatrica.

### 4.3 Organigramma



#### ***4.4 Piano triennale dei fabbisogni del personale***

Attraverso il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP), l'A.O.U. Meyer IRCCS esprime la programmazione triennale del fabbisogno delle risorse umane necessarie, in relazione agli obiettivi istituzionali e di performance organizzativi, secondo principi di efficienza ed economicità.

Il PTFP rappresenta il limite quantitativo della capacità assunzionale per ciascun anno, nel rispetto degli obiettivi finanziari imposti e del budget assegnato.

L'Azienda sta elaborando, nello scenario descritto in premessa, in relazione agli obiettivi qualitativi da definirsi in accordo con Regione Toscana e nella consapevolezza dei limiti economici sulla spesa del personale, il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale per gli anni 2024-2026 le cui linee guida sono state individuate dalla Regione Toscana con la recente delibera di Giunta n. 1425 del 04.12.2023.

Il processo di determinazione del fabbisogno è stato comunque condizionato anche dal Piano di sviluppo dell'Ospedale che registra la progressiva apertura di nuovi spazi attivata già a decorrere dagli ultimi mesi del 2022 (Campus fine 2022, riassetto delle attività di degenza della Psichiatria dell'Infanzia con spostamento nel plesso Ospedaliero 2023, Parco della Salute in itinere, Hospice Pediatrico in itinere) e dal percorso di riconoscimento del Meyer quale IRCCS, conclusosi con il Decreto del Ministero della Salute del 02.08.2022.

Il percorso è a tutt'oggi in corso e il nuovo Piano dovrà essere approvato con delibera di Regione Toscana.

Le strategie inerenti al completamento del fabbisogno organico correlato alle molteplici professionalità, sia dirigenziali che del comparto, necessarie allo sviluppo e consolidamento delle attività diagnostiche, assistenziali e in taluni casi riabilitative ed alla valorizzazione delle risorse umane, oltre a dover prevedere un incremento delle figure correlate alla ricerca acquisite sia come dipendenti che in forme atipiche, proseguiranno fino al 2026 con continuità rispetto alle politiche sulle risorse umane già in corso come descritte nel PTFP 2023-2025 a cui si aggiungono le risorse necessarie a potenziare e dare sviluppo alle linee di produzione oggetto di riconoscimento quale Istituto di Ricovero e Cura a carattere scientifico e di rafforzare l'infrastruttura della ricerca di ricerca: “Scienze pediatriche e perinatali” – “Malattie del sistema nervoso, neurogenetiche e neurometaboliche” – “Malattie immunomediate e malattie infettive” – “Approcci diagnostici, terapeutici e organizzativi innovativi, oncologia e malattie rare”.

Relativamente al Personale afferenti al contratto nazionale del Comparto Sanità Triennio 2019-2021, siglato in data 2.11.2022, che ha previsto la possibilità di processi di valorizzazione del personale, nel corso del 2024 verranno condotte le necessarie operazioni di confronto con le parti sindacali coinvolte e pertanto si rinvierà per la quantificazione e qualificazione delle posizioni disponibili ai successivi aggiornamenti del Piano.

Sarà inoltre promossa la 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 e saranno adottate misure per l'efficace integrazione nell'ambiente di lavoro delle persone con disabilità.

Al momento, pertanto, il PTFP di riferimento per l'anno in corso, è stato approvato dalla Regione Toscana con atto n. la Delibera della GRT n° 623 del 5.6.2023 che ha approvato il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2023 – 2025 dell'AOU Meyer IRCCS e con la Delibera del Direttore Generale del Meyer n° 362 del 22.06.2023 avente ad oggetto “Adozione del Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2023 – 2025”.

Il Piano triennale dei fabbisogni del personale 2023 – 2025 è consultabile al seguente link:

<https://www.meyer.it/images/pdf/piano-triennale-personale-2023-2025.pdf>

## ***4.5 Organizzazione del lavoro agile***

### *4.5.1 Dalla fase emergenziale alla fase strutturale*

Con il superamento dello stato di emergenza, questa Amministrazione, in base alle più recenti disposizioni in materia, ha previsto l'accesso a tale modalità nel rispetto di una serie di condizionalità tra cui la stipula dell'accordo individuale, con previsione di procedere nei primi mesi del 2023, a seguito della sottoscrizione del nuovo CCNL Comparto Sanità 2019-2021 (02/11/2022) all'adozione di una specifica regolamentazione organica aziendale.

Con deliberazione n. 163 del 16/03/2023 è stato adottato il regolamento aziendale in materia di lavoro agile. Il regolamento è consultabile al seguente link: <https://www.meyer.it/index.php/amministrazione-trasparente/disposizioni-general/220-atti-general>.

### *4.5.2 Modalità attuative: le condizionalità e i fattori abilitanti*

Ad oggi, sono destinatari del lavoro agile in via generale tutti i dipendenti in servizio presso l'Azienda, indipendentemente dalla tipologia di lavoro (a tempo indeterminato, a tempo determinato, con contratto di lavoro a tempo pieno o parziale), nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità tra uomo e donna, laddove il tipo di attività svolta risulti compatibile (“smartabile”).

L'accesso allo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile è riconosciuta, su base volontaria, in via di principio a tutte le categorie previste dai CCNL, salvo le esclusioni individuate per attività non riconducibili ai parametri di smartabilità.

In particolare è escluso dal lavoro agile:

- il personale che svolge lavoro a turni,

- il personale che svolge attività di cura ed assistenza diretta,
- il personale che svolge attività per cui è necessario un contatto in presenza con il pubblico
- il personale che utilizza strumentazioni non “remotizzabili”.

Le linee guida, secondo quanto stabilito dalla legge 81/2017, prevedono che lo svolgimento del lavoro agile è rimesso all'accordo individuale con il lavoratore, in cui vengono definiti durata, modalità e obiettivi della prestazione.

Con la legge n. 14/23 (legge di conversione del c.d. decreto milleproroghe, pubblicata nella gazzetta ufficiale n. 49 del 27/02/2023) si è previsto che le misure a tutela dei lavoratori "fragili" sono prorogate al 30 giugno 2023. Pertanto sino a tale data, per i lavoratori dipendenti pubblici e privati affetti dalle patologie e condizioni individuate dal decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 17, comma 2, del decreto-legge 24 dicembre 2021, n. 221, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 febbraio 2022, n. 11, il datore di lavoro assicura lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile anche attraverso l'adibizione a diversa mansione compresa nella medesima categoria o area di inquadramento, come definite dai contratti collettivi di lavoro vigenti, senza alcuna decurtazione della retribuzione in godimento. Resta ferma l'applicazione delle disposizioni dei relativi contratti collettivi nazionali di lavoro, ove più favorevoli.

Questa Amministrazione, in base a quanto previsto dalle linee guida ministeriali e nel rispetto di quanto previsto dal CCNL vigente, relativamente alle condizioni necessarie perché la prestazione lavorativa possa essere resa in modalità agile, si impegna a garantire quanto segue:

**a) Invarianza dei servizi resi all'utenza**

Una delle principali caratteristiche della disciplina oggi vigente per il Lavoro agile è la flessibilità che si traduce in una massima libertà di organizzazione che tuttavia riesca comunque a garantire gli standard di efficienza e di efficacia nell'erogazione dei servizi.

**b) Adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, assicurando comunque la prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza**

La programmazione del lavoro agile è demandata a ciascun responsabile, che potrà prevedere una rotazione del personale settimanale, mensile o plurimensile, assicurando comunque per ciascun lavoratore la prevalenza del lavoro in presenza. Ciò consente di prevedere l'utilizzo dello smart working con ampia flessibilità, anche modulandolo, se necessario, sulla base dell'andamento dei contagi nel breve e nel medio periodo. (la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario)

**c) Adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile**

L'amministrazione deve garantire l'introduzione di apposite procedure, strumentazioni e informative adeguate ai dipendenti, atte a garantire l'inviolabilità dei dati e delle informazioni trattate.

In base a quanto previsto dalle disposizioni normative vigenti, l'azienda, quale titolare del trattamento, deve mettere in atto misure tecniche e organizzative, idonee a garantire un livello di sicurezza dei dati trattati adeguato al rischio e gravità per i diritti e le libertà delle persone fisiche, tenendo conto dello stato dell'arte, dei costi di attuazione e del contesto e delle finalità del trattamento. Durante lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile, il lavoratore dovrà osservare le vigenti disposizioni normative in materia di trattamento dei dati personali. Il lavoratore, a norma di legge e contratto, è tenuta alla riservatezza sui dati e sulle informazioni aziendali in proprio possesso e/o disponibili sul sistema informativo aziendale e deve adottare comportamenti operativi tali da impedirne l'acquisizione da parte di terzi, osservando con cura le direttive aziendali ricevute.

**d) Stipula dell'accordo individuale di cui all'art 18, comma1, della legge 22 maggio 2017, n.81**

L'accordo individuale, condiviso tra il Dipendente e il proprio Responsabile, redatto in forma scritta, eventualmente aggiornato in caso di introduzione di ulteriori e successive previsioni normative in materia, deve prevedere i seguenti elementi essenziali:

- durata e modalità di recesso, con indicazione di alcune ipotesi di giustificato motivo di recesso;
- modalità di svolgimento della prestazione lavorativa fuori dalla sede di lavoro, con specifica indicazione delle giornate di lavoro da svolgere in sede e di quelle da svolgere a distanza;
- gli specifici obiettivi della prestazione resa da ciascun dipendente in modalità agile;
- le modalità e i tempi di esecuzione della prestazione medesima, le fasce di contattabilità - nel rispetto dei tempi di riposo e del diritto alla disconnessione del lavoratore dagli apparati di lavoro;
- le modalità e i criteri di misurazione della prestazione lavorativa resa in modalità agile.

**e) Prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti.**

Al fine di garantire il presidio e il coordinamento costante delle funzioni direttive, per i soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, per i dirigenti e per i responsabili dei procedimenti amministrativi la prestazione deve essere svolta, in via prevalente, nella modalità in presenza.

**f) Rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario.**

L'amministrazione deve introdurre dei piani organizzativi adeguati al fine di consentire la rotazione del personale in presenza anche nel caso in cui insorga una nuova emergenza sanitaria.

#### *4.5.3 Individuazione preliminare delle attività "smartabili"*

È importante innanzitutto contestualizzare l'ambito organizzativo nel quale prevedere l'utilizzo del ricorso al lavoro agile. La sua applicazione in un'Azienda ospedaliera ha infatti caratteristiche inevitabilmente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, in quanto la tipologia di attività nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, condizionandone pertanto l'applicazione. Solo una minima parte dei sanitari, infatti, può lavorare in tale modalità, mentre il personale addetto a funzioni non sanitarie è generalmente più facilitato. Peraltro in questa Azienda la fase emergenziale ha coinciso con la fase pilota del lavoro agile, non avendo in precedenza mai sperimentato tale opzione.

Le attività lavorative oggetto di lavoro agile sono preliminarmente oggetto di analisi e valutazione da parte del Responsabile della Struttura di appartenenza tenendo conto indicativamente dei seguenti parametri:

- a) Delocalizzazione dell'attività, almeno in parte, rispetto alla sede ordinaria di lavoro
- b) Conduzione delle attività, almeno in parte, in autonomia
- c) Efficace conduzione delle attività con il supporto delle strumentazioni tecnologiche
- d) assenza del contatto con l'utenza o comunque contatto facilmente realizzabile con strumenti telematici
- e) Contatto con i colleghi e i responsabili con strumenti telematici
- f) Realizzazione obiettivi definiti e misurabili in relazione a quelli assegnati con il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance (S.M.V.P)
- g) Presenza di autonomia decisionale e operativa
- h) Elevata programmabilità dell'attività lavorativa
- i) Mancato o ridotto uso di materiale cartaceo (atti e documenti) che per motivi di sicurezza/privacy non possono essere dislocati all'esterno dell'ufficio
- l) Monitoraggio della prestazione e valutazione dei risultati conseguiti
- m) Compatibilità delle attività condotte in modalità agile con le esigenze organizzative e gestionali di servizio della propria struttura.

Da una prima ricognizione effettuata, anche attraverso l'esame della modulistica relativa all'attivazione del lavoro agile durante la fase emergenziale in questa Azienda, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si indicano di seguito le attività che possono essere eseguite in modalità di lavoro agile:

- attività di protocollazione;
- attività di trasmissione documenti in uscita (a mezzo PEC o a mezzo di posta ordinaria);
- attività di archiviazione elettronica di documenti e atti;
- attività di analisi, studio e ricerca;

- attività di modellazione dei dati e reportistica;
- attività di monitoraggio dati e documenti, pertinenti con le competenze delle strutture;
- redazione di atti giuridico-amministrativi e a contenuto tecnico-scientifico;
- provvedimenti amministrativi, pareri, atti normativi e circolari, verbali, procedure operative standard e revisioni delle stesse, presentazioni, dossier e note tematiche, working papers;
- gestione personale dipendente e non (reclutamento, giuridico, presenze/assenze, economico ecc);
- attività relative alla contabilità aziendale: fatturazione, autorizzazioni, ordinativi, liquidazioni;
- partecipazione a riunioni attraverso l'utilizzo delle tecnologie in uso;
- attività inerenti la gestione di banche dati;
- attività di valutazione della documentazione presentata a corredo dei procedimenti ad iniziativa d'ufficio e ad iniziativa di parte;
- partecipazione alle iniziative formative.

#### *4.5.4 Competenze e soggetti coinvolti*

Per arrivare ad una corretta ed efficace implementazione della modalità di lavoro agile a livello aziendale occorre che vi sia il coinvolgimento attivo di più soggetti ed organismi espressione di diverse competenze e sensibilità, che si riportano di seguito:

**Responsabile di struttura:** individua e propone le attività che possono essere gestite in lavoro agile. Valuta e valida le richieste del personale e le inoltra alla SOC Amministrazione del Personale.

#### **SOC Amministrazione del Personale:**

- riceve le richieste di smart working e provvede alla gestione dei conseguenti adempimenti amministrativi (debiti informativi, tenuta integrazione contratto individuale per lavoro agile).
- Supporta la direzione per l'implementazione del lavoro agile (piani e regolamentazioni necessarie).
- Attiva percorsi per il monitoraggio dell'implementazione del lavoro agile all'interno dell'azienda.

**Ufficio Smart Technology:** Provvede alla gestione degli adempimenti tecnologici conseguenti alle autorizzazioni del lavoro agile, supportando i dipendenti sia in fase di attivazione che a regime per eventuali problematiche di ordine tecnico relative all' utilizzo dei sistemi informatici. Definisce gli standard di sicurezza informatica.

**Ufficio Sviluppo Risorse Umane:** Supporta la Direzione nella definizione di obiettivi e indicatori di performance organizzativa e individuale in modalità di lavoro agile.

**Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale:** Definisce gli aspetti della sicurezza sul lavoro in modalità agile.

**Comitato unico di garanzia (CUG):** Il CUG esprime pareri e formula contributi in merito alle politiche attuate per l'implementazione del lavoro agile ponendo particolare attenzione alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, alla promozione della parità di genere e al benessere organizzativo.

**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV):** Contribuisce alla definizione degli indicatori che l'amministrazione utilizza per programmare, misurare, valutare e rendicontare la performance, attività rilevante quando si deve implementare il lavoro agile. Valida il Piano Organizzativo del Lavoro Agile nell'ambito del PIAO verificando la congruità degli obiettivi e degli indicatori e la correttezza del processo di definizione.

**Singolo operatore:** chiede l'autorizzazione allo svolgimento del lavoro agile. È responsabilizzato nello svolgimento dell'attività nell'ottica del raggiungimento del risultato.

**Organismi paritetici:** esprimono pareri e formulano contributi in merito alle politiche attuate per l'implementazione del lavoro agile con particolare attenzione alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e al benessere organizzativo.

**Rappresentanze Sindacali:** l'implementazione del lavoro agile avviene mediante costante confronto con le organizzazioni sindacali, che vengono informate e formulano contributi in merito alle politiche attuate per lo sviluppo.

**Responsabile per la protezione dei dati:** definisce gli aspetti della sicurezza per la protezione dei dati in modalità agile e fornisce la relativa informativa.

#### *4.5.5 Strumenti per l'attuazione del lavoro in modalità agile*

L'Azienda ha predisposto diversi strumenti, sia organizzativi che informatici, per favorire l'attuazione del lavoro agile nella prospettiva di una progressiva strutturazione dell'istituto, anche nell'ottica di una sua compiuta regolamentazione. Per quanto riguarda le attività amministrative, vengono adottati strumenti e modalità atte a supportare il repentino cambiamento, innanzitutto di mentalità e di organizzazione del lavoro. Infatti da un lato i collaboratori sono chiamati a una maggiore responsabilizzazione e a auto-organizzazione nella programmazione e svolgimento delle proprie attività in modo molto più indipendente, senza l'affiancamento costantemente in presenza del responsabile e colleghi, dall'altro i responsabili dovranno adottare non solo nuove modalità di lavoro, ma anche di coordinamento e collaborazione con il proprio staff a distanza, attraverso previsione/assegnazione/condivisione di obiettivi e verifica dei risultati nel rispetto delle tempistiche stabilite.

L'accesso al lavoro agile avviene su richiesta individuale del dipendente presentata attraverso la compilazione di un apposito format messo a disposizione dei dipendenti correlato dalle relative

istruzioni operative, dall'informativa sui Rischi da Lavoro Agile rilasciata dal Servizio di Prevenzione e Protezione, nonché dall'informativa sul Trattamento dei dati personali.

L'autorizzazione all'esercizio del lavoro agile viene rilasciata dal responsabile della struttura di appartenenza e formalizzata attraverso la stipula dell'accordo individuale di cui all'art. 18, comma1, della L. n. 81/2017.

Al fine di consentire un costante monitoraggio delle prestazioni rese da parte dei dipendenti in relazione agli obiettivi fissati, viene messo a disposizione un format per la programmazione ed uno per la rendicontazione sintetica delle attività da presentare con cadenza periodica (settimanale, mensile etc.).

Viene sempre più incentivato l'utilizzo di una pluralità di strumenti di comunicazione diversi, anche in contemporanea (videoconferenze, posta elettronica, telefono ecc.), che, nel loro insieme, favoriscono il lavoro in team. Per evitare situazioni di isolamento e avere il polso di eventuali criticità o difficoltà, i responsabili sono invitati a programmare riunioni, anche in forma telematica, coinvolgendo tutto il personale afferente. Per le riunioni on line i dipendenti possono utilizzare Google Meet e Google Drive per la condivisione di lavoro dei documenti: utilities queste ultime esistenti ed utilizzabili anche in precedenza, che hanno avuto un utilizzo per la prima volta massivo da parte dei dipendenti proprio durante il periodo del lavoro agile emergenziale.

Per agevolare lo svolgimento delle attività sono state fornite le istruzioni per l'accesso alla rete dell'Azienda tramite VPN e per l'utilizzo degli applicativi in uso (portale dedalus, protocollo informatico, programma inserimento atti etc.) tramite le consuete credenziali. La maggior parte delle applicazioni informatiche di lavoro utilizzate dai dipendenti dall'Amministrazione risultata accessibile da remoto e con il sistema della VPN è possibile per il personale connettersi alla rete e ai server dell'Azienda per lavorare con le consuete modalità.

A tal fine tutti i dipendenti, con rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, full time o part-time, ed i relativi Responsabili di Struttura, previa analisi e valutazione della compatibilità dell'istituto rispetto all'attività lavorativa svolta, che hanno inteso avvalersi del lavoro agile, hanno sottoscritto lo specifico Accordo individuale.

A seguito dell'applicazione delle ultime disposizioni in materia di lavoro agile, si registrano, ad oggi, 91 dipendenti (compresi anche i lavoratori c.d. "fragili") formalmente autorizzati, su circa 1300 dipendenti. Di seguito si rappresenta la situazione relativa al personale ammesso alla modalità di lavoro agile, al 31 dicembre 2023, suddiviso per profilo:

<b>Ruolo</b>	<b>N. DIPENDENTI IN LAVORO AGILE</b>
Amministrativo - Comparto	49
Tecnico - Comparto	16

Sanitario - Comparto	9
Amministrativo - Dirigenza	3
Professionale – Dirigenza	1
Sanitario – Dirigenza Medica	6
Sanitario – Dirigenza non Medica	7
Totale dipendenti in lavoro agile	91

#### *4.5.6 Principi, obiettivi generali e collegamento con i sistemi di misurazione delle performance.*

Nel dare attuazione alle disposizioni richiamate in premessa, questa Azienda ha inteso ed intende ispirarsi ai seguenti principi generali:

- a) flessibilità e autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- b) utilizzo di strumenti digitali;
- c) cultura organizzativa basata sulla collaborazione e ispirata al raggiungimento dei risultati;
- d) benessere dei dipendenti e l'utilità per l'amministrazione;
- e) riprogettazione e ottimizzazione degli spazi di lavoro.

Tali principi devono trovare la loro declinazione operativa nel sistema della misurazione e valutazione della performance che a tal proposito assume una valenza strategica per lo sviluppo del lavoro agile.

Lo stretto rapporto tra performance e lavoro agile impone comporta di procedere anche a una ricalibrazione del Sistema di misurazione e valutazione della performance, con l'individuazione degli indicatori di performance organizzativa (dell'ente e delle strutture) e individuale.

Il progetto di lavoro agile costituisce un documento di microprogrammazione, i cui contenuti e il cui livello di dettaglio possono variare in funzione delle attività svolte dal dipendente, ma anche dal rapporto di fiducia tra dirigente-dipendente, determinato dalle caratteristiche professionali e comportamentali del dipendente stesso, dal grado di affidabilità, etc. come determinato dalle pregresse esperienze lavorative e dai giudizi espressi attraverso le valutazioni del passato.

L'amministrazione procede all'adeguamento dei sistemi di misurazione e valutazione della performance alle specificità del lavoro agile, rafforzando, ove necessario, i metodi di valutazione, improntati al raggiungimento dei risultati e quelli dei comportamenti organizzativi.

Pertanto il dirigente, in coerenza con gli obiettivi e i criteri per la valutazione dei risultati, monitora e verifica le prestazioni rese in modalità agile:

- da un punto di vista sia quantitativo, sia qualitativo
- secondo una periodicità che tiene conto della natura delle attività svolte dal dipendente
- in coerenza con i principi del sistema di misurazione e valutazione della performance adottato dall'amministrazione.

L'amministrazione, anche ai fini del monitoraggio, deve assicurare un'adeguata e periodica informazione sul lavoro agile. Infine deve essere garantita la verifica dell'impatto del lavoro agile sulla complessiva qualità dei servizi erogati agli utenti interni delle prestazioni rese.

In relazione e conseguentemente a quanto sopra riportato, per gli anni 2022-2024, a livello aziendale si definiscono i seguenti obiettivi:

<b>Obiettivi</b>	<b>Azioni</b>	<b>Strumenti</b>	<b>Tempistica</b>
<b>a) Garantire una compiuta regolamentazione del lavoro agile</b>	Predisposizione strumenti volti a introdurre una regolamentazione aziendale di disciplina del lavoro agile.	Revisione e adeguamento continuo del percorso di attivazione relativi al lavoro agile introdotto in fase emergenziale in coerenza alle disposizioni normative vigenti  Regolamento aziendale lavoro agile	2023  2023
<b>b) Realizzare una mappatura ( presso ciascuna struttura interessata) delle attività eseguibili in lavoro agile</b>	Ricognizione delle attività e dei processi, finalizzata a definire, l'attività "smartabile"	Analisi attività (questionari; interviste)	2023
<b>c) Garantire la tempestiva applicazione di un percorso dedicato al lavoro agile straordinario in situazioni emergenziali</b>	Formalizzazione di un percorso per la gestione del lavoro agile in caso di emergenza sanitaria  Aggiornamento normativo e adozione dei provvedimenti finalizzati all'attuazione del lavoro agile emergenziale	Protocollo lavoro agile in emergenza	2024/25
<b>d) Garantire lo sviluppo di stili manageriali orientati ai risultati, garantendo maggiore autonomia e responsabilità</b>	Pianificazione ed organizzazione del lavoro per obiettivi.	Schede programmazione e monitoraggio attività lavoro agile	2024/25
<b>e) Migliorare le competenze dei lavoratori</b>	Valutazione delle competenze digitali e in relazione ai cambiamenti organizzativi introdotti dalla digitalizzazione dei processi e dei servizi e dal lavoro agile.	Questionari  Piano Annuale Attività Formative (PAAF)	2024/25  2024/25
<b>f) Migliorare il benessere organizzativo attraverso la creazione di un sistema di monitoraggio sull'attuazione del lavoro agile finalizzato</b>	Individuazione dei contributi al miglioramento delle performance in termini di efficienza ed efficacia	Indagine sul benessere organizzativo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagine qualità percepita dal Responsabile</li> <li>• Indagine qualità percepita dal lavoratore</li> <li>• Indagine customer su utenza interna/esterna</li> </ul>	2023/2024

## **Incarichi dirigenziali**

L'Azienda, in conformità a quanto previsto dalla normativa contrattuale ed al fine di garantire la crescita professionale del proprio personale, ha in programma, per quanto riguarda il personale dirigenziale, l'avvio di un percorso, in coerenza al nuovo Regolamento di Organizzazione, (a seguito del riconoscimento della AOU Meyer come IRCCS), in corso di approvazione, volto a individuare compatibilmente con le risorse disponibili, le posizioni dirigenziali aziendali necessarie allo svolgimento delle attività e a valorizzare i professionisti, accompagnandoli nei percorsi di carriera.

## **4.6 Formazione del Personale**

### **Premessa**

Il Piano annuale di formazione (PAF) è il documento principale della programmazione delle attività formative aziendali, nel quale sono descritti obiettivi strategici, strumenti e metodi per la crescita di tutti i professionisti del Meyer. È il documento che riassume tutte le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi dichiarati, i risultati attesi e definisce inoltre l'impegno economico previsto per consentire l'erogazione delle iniziative di formazione rivolte ai professionisti.

Il PAF è stato redatto tenendo conto degli obiettivi nazionali, regionali e aziendali e secondo quanto previsto dalla normativa regionale in materia di Educazione Continua in Medicina (rif. DGRT 1306/2022).

Il documento contiene anche una sezione relativa all'attività di aggiornamento individuale esterno obbligatorio e individuale.

### **Il contesto aziendale**

Dal 2022 l'AOU Meyer ha intrapreso un percorso di trasformazione in Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)<sup>2</sup> che si è concretizzato con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale il 27/08/2022 nell'effettivo riconoscimento.

La conversione in IRCCS ha portato con sé la modifica della stessa normativa regionale toscana (L.R.T. 40/2005), che all'art 14 disciplinava unicamente gli IRCCS di diritto privato e che è stata aggiornata con Legge Regionale n. 12 del 16 Marzo 2023 e con successiva Legge Regionale n. 29 del 20 Luglio 2023, attraverso l'introduzione del Capo IV bis – "IRCCS di diritto pubblico non trasformati in fondazioni", con cui, è stata introdotta la disciplina di organi e le norme di funzionamento di tali istituti aventi personalità giuridica pubblica e destinati a far parte integrante, al pari delle aziende sanitarie, del Servizio Sanitario Regionale.

---

<sup>2</sup> "Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico sono enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Da quella data l'Azienda ha quindi teso i suoi sforzi per modificare la propria organizzazione affinché il riconoscimento ufficiale ottenuto fosse coerente con un riconoscimento sostanziale.

È con la modifica recente del nuovo assetto della nuova Direzione Aziendale che si è dato un forte imprinting per condurre l'Azienda all'effettiva trasformazione in IRCCS. Nel mese di dicembre 2023 è stata infatti approvata la proposta di regolamento aziendale (Delibera n. 653 del 14/12/2023 "Approvazione della proposta di regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer I.R.C.C.S. ai sensi dell'art. 50 novies della L.R.T. N. 40/2005 e S.M.I.", che rappresenterà, una volta approvato, il nuovo Statuto che l'Azienda intende darsi, con una rinnovata mission e vision aziendale proprio in vista degli obiettivi nuovi che essere IRCCS comporta.

Strettamente connesso alla modifica della ragione sociale in IRCCS, è l'accreditamento a Joint Commission International (JCI), organizzazione non governativa che attesta la sicurezza e la qualità dei servizi sanitari valutando oltre 350 standard qualitativi misurabili.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer (di seguito IRCCS Meyer) ha ottenuto la certificazione JCI nel gennaio 2021. Nel mese di marzo 2024 e nel 2025 si terranno nuovi audit per la conferma dell'accreditamento.

Si evince quindi che IRCCS Meyer è un'Azienda che sta vivendo e vivrà nei prossimi mesi una riorganizzazione profonda a tutti i livelli, ma restano capisaldi della sua azione e del suo piano di sviluppo le seguenti dimensioni, che sono descritte nei prossimi paragrafi più nel dettaglio:

Assistenza;

Ricerca e Innovazione;

Didattica e Formazione;

Accoglienza, partecipazione e promozione della salute.

### **L'assistenza**

L'IRCCS Meyer persegue sempre l'obiettivo della totale presa in carico del minore e della sua famiglia, in tutte le fasi dalla prima diagnosi, alla cura, alla riabilitazione, nella gestione della cronicità e del fine vita.

Cure tempestive, efficaci, sicure, sostenibili e accessibili sono assicurate grazie alla presenza di ottime competenze professionali, supportate da una continua innovazione tecnologica e organizzativa e sostenute da percorsi formativi di alto livello e dal continuo e strutturato confronto della pratica clinica con le migliori evidenze scientifiche, volto al conseguimento dell'eccellenza.

In questi anni l'IRCCS Meyer sta consolidando alcune linee diagnostico-assistenziali, come la chirurgia oncologica, epatobiliare e la chirurgia vascolare; la diagnostica per immagini cardiologica non invasiva in età pediatrica; l'ampliamento dello studio di malattie rare di ambito odontostomatologico, sindromiche o con prevalenti manifestazioni d'organo; l'ortopedia e la traumatologia pediatrica, valorizzando i settori

dell'Ortopedia Oncologica, la Chirurgia della mano e Neurortopedia; l'avvio e il consolidamento della Farmacia ospedaliera con il laboratorio UFA (Unità Farmaci Antiblastici) e laboratorio per la preparazione dei galenici sterili e non.

Per il triennio 2023-2025 è confermato l'impegno alle attività di raccordo ospedale-territorio per fornire risposte omogenee ai bisogni di salute della popolazione pediatrica su tutto il territorio regionale e favorire la cooperazione tra i professionisti pediatrici ospedalieri e i pediatri di famiglia. Una specifica attenzione sarà rivolta a sviluppare le attività delle reti cliniche specialistiche (Emergenza, Neonatologia e Oncoematologia) e di gruppi di lavoro su cure palliative, dolore pediatrico.

L'assistenza rappresenta quindi il fulcro della mission aziendale che si pone il primario obiettivo di "soddisfare i bisogni e le aspettative di salute dei cittadini minori e delle loro famiglie gestendo in modo efficiente ed efficace le risorse disponibili, attraverso l'investimento continuo e rigoroso sulla ricerca scientifica in campo pediatrico, mediante servizi sanitari di qualità e contribuendo alla realizzazione di un progetto sociale di salute globale e sostenibile."

### **Ricerca e innovazione**

Proprio in virtù della sua natura di IRCCS, l'Azienda non può non riconoscere il valore strategico delle attività di ricerca e innovazione e ritenere tali attività elementi inscindibili dal primario obiettivo dell'assistenza.

L'attività di ricerca si alimenta e trae ispirazione dall'elaborazione dati, trials e studi funzionali di laboratorio e mira a restituire risultati che generano diagnosi più puntuali ed efficaci e cure migliori. L'attività di studio e ricerca sviluppa soluzioni innovative nella pratica clinico-assistenziale, diagnostica e terapeutica, genera nuove conoscenze, promuove l'innovazione e contribuisce al progresso della pediatria, nel rispetto dei principi etici, nonché degli standard e migliori pratiche a livello nazionale e internazionale.

Le linee di ricerca corrente rappresentative dell'attività scientifica sono le seguenti:

1. Scienze pediatriche e perinatali;
2. Malattie del sistema nervoso, neurogenetiche e neurometaboliche;
3. Malattie immunomediate e malattie infettive;
4. Approcci diagnostici, terapeutici, assistenziali e organizzativi innovativi, oncologia e malattie rare.

### **Didattica e Formazione**

Le persone, il loro benessere psicofisico sono alla base del concetto più ampio di salute che l'IRCCS Meyer vede come fine ultimo della sua mission: il benessere dei piccoli e delle famiglie che richiedono cura e assistenza, quello di bambini e degli adolescenti che tanto hanno subito dal punto di vista

psicologico in epoca di pandemia, il benessere dei professionisti di oggi e di coloro che lo diventeranno un domani.

Proprio i professionisti, rappresentano il patrimonio dell'IRCCS Meyer, un patrimonio che è fattore determinante del successo dell'organizzazione e per il perseguimento della mission e della vision aziendale.

La formazione è lo strumento per accompagnare i processi di miglioramento aziendali, la crescita professionale e individuale delle risorse umane.

Luogo d'eccellenza per garantire lo sviluppo delle competenze è il Campus dell'IRCCS Meyer che accoglie le attività di formazione dei professionisti del settore sanitario e dei professionisti coinvolti nei percorsi di specializzazione programmati dalla Scuola di Scienze della Salute Umana dell'Università degli Studi di Firenze.

La didattica universitaria e la formazione dei professionisti dell'Azienda e della rete pediatrica regionale, trovano quindi nel Campus il punto di incontro e di scambio di conoscenze, competenze ed abilità tra tutti i professionisti.

### **L'accoglienza, partecipazione e promozione della salute**

Il concetto di cura passa in primis dall'accoglienza e dal rispetto dei bisogni e dei diritti dei bambini in Ospedale, con una specifica attenzione anche sugli aspetti psicologici, di disagio e delle tecniche e metodi per ridurre il dolore.

Per questo l'accoglienza è un aspetto distintivo e ugualmente importante legato all'assistenza e alla cura dei pazienti e, nei processi di umanizzazione delle cure, al lavoro dell'IRCCS Meyer si affianca la presenza delle Associazioni che offrono un sostegno alla famiglia in sinergia con l'Azienda per una più efficace integrazione dell'assistenza nella sua dimensione sanitaria e sociale.

L'IRCCS Meyer è un punto di riferimento per rafforzare strategie di continuità assistenziale nella presa in carico, in grado di fornire informazioni e supporti per rappresentare un'interconnessione tra ospedale e territorio, per favorire l'integrazione delle cure tra la pediatria ospedaliera e quella di famiglia.

L'IRCCS Meyer non è solo luogo di accoglienza per la cura dei bambini, ma anche attore nelle strategie di promozione della salute sviluppando programmi innovativi per mantenere e accrescere la salute fisica, mentale ed emotiva dei bambini, grazie al coinvolgimento attivo delle famiglie, delle scuole, consentendo così la costruzione di ambienti e relazioni positive in cui bambini e adolescenti possano sviluppare ed esprimere a pieno il proprio potenziale di salute e felicità.

### **Gli obiettivi strategici**

Nella bozza di nuovo regolamento Aziendale, approvato il 14/12/2023 con Delibera del Direttore Generale n. 653 coesistono e si alimentano quindi queste quattro dimensioni che sono già state

ampiamente descritte qui sopra: l'assistenza, ricerca e innovazione, didattica e formazione, l'accoglienza, partecipazione e promozione della salute.

È quindi in questo contesto di ampio sviluppo e innovazione che sono stati individuati gli obiettivi strategici aziendali per la formazione e aggiornamento del personale, che si concentrerà sulla formazione obbligatoria legata agli obiettivi regionali, per non disattendere il raggiungimento dei risultati richiesti da Regione Toscana, sulla formazione specifica per lo sviluppo di nuove competenze e sulla sicurezza, affinché il Meyer sia un luogo sicuro per gli operatori, per i piccoli pazienti e le famiglie.

Si enunciano qui di seguito i 3 macro obiettivi strategici che saranno poi ulteriormente declinati in sotto obiettivi nei paragrafi successivi:

Obiettivo 1: Innovazione organizzativa e ricerca

Obiettivo 2: Qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure

Obiettivo 3: La Rete Pediatrica Regionale, continuità assistenziale e rapporti ospedale-territorio

## **5. MONITORAGGIO**

Fermi restando i processi organizzativi in atto legati al nuovo assetto istituzionale derivanti dal riconoscimento IRCCS e dal cambio di Direzione, l'attività di monitoraggio volta a verificare lo stato di raggiungimento degli obiettivi specifici e degli impegni assunti nell'ambito della pianificazione e programmazione strategica, continua a svilupparsi attraverso una serie di strumenti già attivi e normati dal livello regionale:

- scheda di budget;
- relazione della performance;
- report economico mensile e trimestrale;
- report periodici interni ai Centri di Responsabilità aziendali;
- scheda di valutazione individuale;
- relazione annuale dell'RPCT;
- autovalutazione periodica Centri di Responsabilità aziendali in tema di prevenzione e corruzione e trasparenza;
- monitoraggio e verifica a campione delle attività e degli adempimenti, a cura dell'RPCT, in tema di prevenzione e corruzione e trasparenza.

Tali strumenti di monitoraggio sono incardinati nei processi aziendali sopra definiti, ed in particolare nel ciclo della Performance e nel processo di Prevenzione alla Corruzione e Trasparenza.

In tal modo è possibile garantire una coerenza complessiva tra la programmazione ed il monitoraggio, assicurando però al sistema la necessaria flessibilità per tenere conto delle nuove esigenze o di aspetti specifici. La Scheda di budget viene utilizzata anche come strumento di monitoraggio interno: articolata in diverse sezioni, è riconducibile agli ambiti di valutazione di performance e di prevenzione alla corruzione e trasparenza. Gli obiettivi includono la declinazione operativa delle linee di indirizzo aziendali e le progettualità strategiche aziendali.

La performance viene monitorata durante l'anno mediante l'elaborazione di una reportistica periodica messa a disposizione della Direzione Generale e delle singole strutture per un confronto tra i servizi, i dipartimenti e la Direzione aziendale. Questo consente di gestire in corso d'anno gli scostamenti da quanto programmato e, se necessario, di ridefinire il percorso per il perseguimento degli obiettivi. Altro importante strumento di monitoraggio aziendale è costituito dalla Relazione sulla Performance, prevista dal D.lgs. 150/2009.

La Relazione sulla Performance è un documento annuale orientato sia verso l'esterno, per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse dei risultati conseguiti in riferimento alle priorità strategiche (accountability) declinate nel Piano della performance, che verso l'interno, per rendere conto

ai vari livelli organizzativi dell'esito dell'attività gestionale orientata al raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente dalla Regione.

La Relazione sulla performance dà evidenza a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, del livello di raggiungimento degli obiettivi e degli indicatori definiti nel Piano della performance.

Per quanto riguarda la Sezione Prevenzione della corruzione, ad integrazione di quanto già evidenziato nel punto 3.3.11 del presente documento, si precisa che il sistema di monitoraggio periodico e annuale è volto alla verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Nel corso del 2024, continua il processo di verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione previste nel PIAO (*sottosezione rischi corruttivi e trasparenza*).

L'esito dell'attività di monitoraggio delle singole articolazioni organizzative costituisce un indicatore rispetto alla realizzazione di quanto programmato nella specifica sottosezione del PIAO in merito all'attuazione delle misure in atto e/o ulteriori inerenti la prevenzione del rischio per i processi mappati; alla verifica di tutte le misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano; alla costante implementazione del sito Amministrazione Trasparente.

Inoltre, la Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza, redatta sulla base delle indicazioni dell'ANAC, rappresenta un ulteriore importante strumento per il monitoraggio dell'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza attuate dall'Azienda.