

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E
ORGANIZZAZIONE
2022-2024

AZIENDA OSPEDALIERO -
UNIVERSITARIA CAREGGI





SOMMARIO

	1
PREMESSA	1
QUADRO GENERALE	1
SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	3
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANITICORRUZIONE	4
VALORE PUBBLICO	4
DIGITALIZZAZIONE	13
ACCESSIBILITA' PER DISABILI ED OVER 65	16
PERFORMANCE	17
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: OBIETTIVI DI BUDGET 2022	21
PROGETTUALITA' INTEGRATE 2022-2024	34
PERFORMANCE INDIVIDUALE: OBIETTIVI 2022	37
DIGITALIZZAZIONE: OBIETTIVI 2022	38
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	39
TRASPARENZA E DISCIPLINA IN MATERIA DI ACCESSO (DOCUMENTALE, CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO)	47
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	48
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	48
PARITA' DI GENERE	50
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	56
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	64
PIANO AZIENDALE DI FORMAZIONE	69
SEZIONE 4 - MONITORAGGIO	71
MONITORAGGIO PERFORMANCE	71
MONITORAGGIO SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI	71
MONITORAGGIO E RIESAME AMBITO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	72



MONITORAGGIO PIANO ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE	72
MONITORAGGIO PIANO TRIENNALE FABBISOGNI PERSONALE	73

PREMESSA

Il **Piano integrato di attività e organizzazione** dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi è redatto secondo le disposizioni dell'articolo 6 del D.L. 80/2021 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito con modificazioni dalla L. 113/2021, che ne ha previsto l'adozione da parte delle pubbliche amministrazioni con più di 50 dipendenti, al fine di "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi". Per il primo anno il Piano deve essere adottato entro il 31/06/2022, mentre a regime dovrà essere adottato entro il 31 gennaio. Ha valenza triennale con aggiornamento annuale.

Tale Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui erano tenute le amministrazioni, quali il Piano della Performance, il Piano Anticorruzione e trasparenza, il Piano dei Fabbisogni del personale, il Piano Organizzativo del Lavoro Agile.

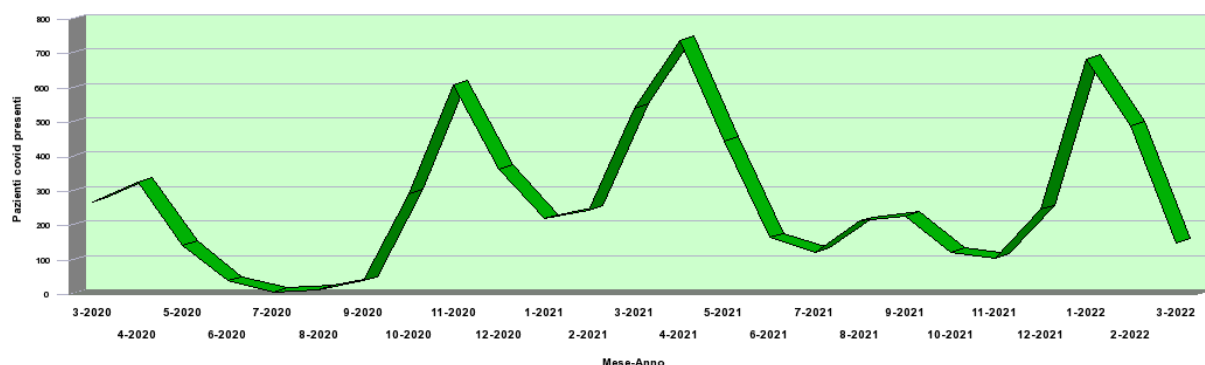
QUADRO GENERALE

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati da un quadro normativo ed economico sempre più restrittivo e vincolato. Ciò nonostante, importanti processi di riorganizzazione hanno sempre accompagnato l'Azienda verso una gestione fortemente orientata all'innovazione ed all'integrazione dei percorsi di cura. In un contesto di forte razionalizzazione delle risorse, così come di continuo cambiamento, fondamentali sono sempre stati la professionalità, la competenza e l'impegno di tutti i professionisti aziendali nel raggiungimento degli obiettivi di governo dell'Azienda e delle strutture: obiettivi spesso sfidanti proprio perché orientati a massimizzare ogni sforzo necessario per garantire ai cittadini il livello di risposta che è loro dovuto.

Il 2020 è entrato in scena in maniera dirompente, impattando a livello mondiale la vita dei singoli individui così come delle società e delle organizzazioni aziendali stesse e stigmatizzando un "prima" ed un "dopo" destinati a declinare il calendario di tutti i ragionamenti possibili. L'emergenza coronavirus ha reso necessaria una riorganizzazione continua ed un fabbisogno importante di risorse aggiuntive. Ha cambiato il volto delle sfide cui l'Azienda era abituata ed ha messo alla prova la capacità di misurarsi con l'ignoto, di mettere da parte tutte le certezze, di ridefinire le priorità ed orientare ogni sforzo a servizio di una risposta che andava trovata. E' proprio da queste inclinazioni che è conseguita la capacità di riorganizzare, riadattandoli giorno dopo giorno, spazi ed attività, condividendo risorse con la massima flessibilità, nella consapevolezza di dover rispondere ad un bisogno nuovo che si è aggiunto e non sostituito a tutti gli altri che comunque non potevano essere trascurati.

Dal 2020 l'Azienda non è più stata la stessa: sono cambiate le priorità assistenziali e di conseguenza si sono trasformate le funzioni e con esse la natura e la distribuzione delle risorse disponibili. E' cambiata proprio la modalità di programmazione, costruita sempre a partire da una attenzione scrupolosa finalizzata a preparare, giocando d'anticipo, la risposta corretta in relazione all'intensità attesa della recrudescenza pandemica che ormai da due anni si ripresenta con i suoi picchi che si alternano periodicamente come le stagioni.

PRESENZA MENSILE PAZIENTI COVID 2020-2022





Anche il 2022 purtroppo non ci ha ancora portato fuori da questa pandemia, con tutto quello che questo scenario comporta in termini di salvaguardia degli standard assistenziali legati ai LEA anche durante la risposta ad una emergenza epidemica alla quale dobbiamo far fronte sia come azienda che come sistema regionale. Possiamo dire di aver imparato in questi due anni di esperienza a “montare” e “smontare” in grande velocità al bisogno reparti covid. Per il prossimo triennio ed in buona parte per il 2022, la vera sfida per la Direzione ed i Dipartimenti sarà quella di riuscire finalmente a ripartire a pieno regime, completando la riorganizzazione ed il potenziamento strutturale e tecnologico dell’ospedale promosso nell’ultimo ventennio. L’Azienda deve infatti garantire piena adesione agli obiettivi definiti dall’Assessorato anche in considerazione degli atti di programmazione nazionale e regionale che orientano il sistema in termini di accessibilità, qualità, efficienza e sostenibilità.

Lo scenario pandemico, il suo consolidarsi oltre una finestra temporale che inizialmente tutti si auguravano essere di qualche mese e soprattutto l’evidenza di modelli di totale ospedalizzazione che si sono rivelati fallimentari, ha favorito il ripensamento di alcuni approcci assistenziali in una logica di integrazione ospedale territorio, con lo scopo di avvicinare l’assistenza al paziente mobilitando mezzi e risorse in maniera dinamica, in modo da garantire una risposta specialistica anche in ambito domiciliare o di residenza sanitaria. Un forte coordinamento fra medici del territorio e medici specialisti può infatti essere la chiave giusta per gestire la cronicità monitorando con continuità l’evolversi del quadro clinico del paziente e concordando gli interventi diagnostici e terapeutici necessari senza rimandare la valutazione in un ambito ospedaliero dove si può generare un sovraccarico per le strutture che devono rimanere ricettive per l’elezione e per l’emergenza.

La sfida del “durante” e del “dopo” pandemia diventa dunque quella della definizione e formalizzazione di questi modelli di integrazione fra azienda ospedaliera ed azienda territoriale di riferimento, attraverso accordi di servizio e protocolli che, nel rispetto delle reciproche prerogative, garantiscano integrazione professionale nel confezionamento di una risposta che, se efficace, diventa anche efficiente per il sistema nel suo complesso.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda è di fatto come una "piccola cittadina" nella quale sono ricoverati ogni giorno circa 900 pazienti, mentre circa 250 pazienti accedono giornalmente al Pronto Soccorso. Si effettuano ogni giorno circa 160 accessi in sala operatoria ed 8 parti. Vengono erogate giornalmente circa 20.000 prestazioni di laboratorio, 1.000 prestazioni di diagnostica per immagini ed oltre 2.400 visite.

Nel 2021, nonostante il permanere della pandemia e l'impegno attivo dell'Azienda anche sul fronte vaccinale, con circa 180.000 vaccini somministrati, l'attività è riuscita a ripartire con un incremento significativo rispetto al 2020 in ogni setting assistenziale. Non è stato possibile recuperare completamente i livelli 2019 se non per le prestazioni ambulatoriali che sono complessivamente incrementate del 12% rispetto anche all'ultimo anno pre-pandemico mentre del 22% se si considera il 2020. Sul fronte dei ricoveri ordinari abbiamo recuperato come numero dimessi circa un 3% rispetto al 2020 ma siamo ancora ad un -15% rispetto al 2019. Sugli interventi chirurgici, infine, importante il recupero del 7% rispetto al 2020 che rappresenta tuttavia ancora un -13% rispetto al 2019.

Nella tabella sottostante sono riportati i principali dati di attività e di risorse dell'Azienda relativamente all'anno 2021.

N. PREST. AMBULATORIALI PER PZ ESTERNI: 4,2 Mil
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER PZ INTERNI: 3,7 Mil
N. PRESTAZIONI DI LABORATORIO: 6,5 Mil
N. PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: 0,4 Mil
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 1,4 Mil
N. VISITE: 0,7 Mil
N. INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE: 24.133

N. RICOVERI ORDINARI : 40.377
N. DAY HOSPITAL: 13.011
N. RICOVERI CHIRURGICI: 30.468
N. RICOVERI MEDICI: 22.920
GG DEGENZA (RO+DH): 319.495
PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI: 1,39
ALTA COMPLESSITA' R.O.: 20,65%
ATTRAZIONE EXTRA REGIONE R.O.: 7,6%



N. ACCESSI IN SALA OPERATORIA: 49.921
N. INTERVENTI ROBOTICA: 1.634
N. NEONATI: 3.137
N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO: 89.484

POSTI LETTO TOTALI: 1.095
PERSONALE OSPEDALIERO: 5.537
PERSONALE UNIVERSITARIO: 275
SPECIALIZZANDI: circa 1.600

RICAVI PRODUZIONE: 721 Mil
COSTI PRODUZIONE: 706 Mil

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANITICORRUZIONE

VALORE PUBBLICO

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

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

Il perseguimento di tale scopo comporta la capacità di erogare due diverse tipologie di prestazioni, presidiando da un lato **l'attività di base**, dall'altro **aree di eccellenza** che la possano caratterizzare come importante polo di attrazione. Lo sviluppo delle eccellenze risponde alla vocazione più intrinsecamente innovativa legata alla presenza di importanti aree di ricerca di base e applicata, che trovano un riscontro nella integrazione delle attività con l'Università e nella partecipazione a reti di ricerca nazionali ed internazionali. L'Azienda è sede di quasi tutte le scuole di specializzazione di area sanitaria con attualmente oltre 1600 medici in formazione specialistica. E' dunque anche un grande "ospedale di apprendimento", dove poter sperimentare nuovi modelli formativi che rispondano alle esigenze di multiprofessionalità ed interdisciplinarietà attraverso l'introduzione di nuove tecnologie e nuovi metodi di training. In tal senso è elemento strutturale del Sistema Universitario per la formazione di base e specialistica di tutte le professioni sanitarie.

Il termine "**performance**" ha assunto un diverso significato nel corso degli ultimi decenni: negli anni Ottanta era inteso soprattutto come rispetto delle norme e utilizzo adeguato delle risorse. Negli anni Novanta l'attenzione si è spostata sull'efficienza della produzione con un orientamento ai risultati. Negli ultimi anni infine il riferimento è sempre più spesso alla qualità dei servizi erogati e soprattutto alla **creazione di Valore Pubblico**.

La missione istituzionale di tutte le pubbliche amministrazioni è quella di creare risposte strutturate ai bisogni dei propri utenti e più in generale degli stakeholder e dei cittadini. Possiamo dire dunque che si crea **Valore Pubblico** quando si utilizzano le risorse a disposizione in modo efficiente, efficace e dunque funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze dei cittadini, realizzando un **miglioramento del livello di benessere** degli stessi. Le aziende pubbliche, erogando servizi di pubblica utilità e non avendo finalità di profitto, devono orientare il proprio operato alla **creazione di valore**. Le loro strategie e capacità di governo devono dunque essere valutate in questa ottica.

Nell'ambito della **sanità** il tema del soddisfacimento dei bisogni e della creazione di valore riveste ancora più importanza dal momento che fra tutti i bisogni possibili quello alla sopravvivenza in salute possiamo dire sia il presupposto per tutti gli altri.

Il sistema sanitario ha affrontato negli ultimi anni molte sfide importanti: i progressi nel campo della clinica e della chirurgia hanno reso possibile la cura o comunque la cronicizzazione di malattie prima mortali e la stessa innovazione in ambito diagnostico e degli screening hanno consentito una presa in carico precoce delle problematiche, con una maggiore probabilità di successo delle terapie messe in atto. Questa evoluzione certamente positiva degli esiti, legata ad un calo importante delle nascite quale quello

in corso da tempo, ha portato come inevitabile conseguenza un significativo invecchiamento della popolazione.

Una maggiore componente di popolazione anziana e di cronicità significa tuttavia necessariamente un notevole incremento dei bisogni in termini di servizi per la salute. Significa uno sforzo sempre maggiore per riuscire a produrre **Valore Pubblico** da risorse sempre più contingentate. E' su questo fronte che la strategia da impostare per il futuro non può che giocare alla fine proprio sulla revisione dei modelli organizzativi e dei modelli assistenziali, su un ripensamento dunque delle modalità di risposta a bisogni che altrimenti rischiano di rimanere insoddisfatti. La stessa pandemia, la più grande sfida che i sistemi sanitari di tutto il mondo si siano mai trovati ad affrontare, ci ha insegnato proprio che l'unica possibile risposta efficace a picchi di domanda è quella che muove dall'anticipazione delle dinamiche, dalla condivisione delle risorse, dall'appropriatezza d'uso delle stesse e soprattutto dalla gestione in rete dei percorsi.

Impostare nuove strategie organizzative comporta fare delle scelte; sapere di poter puntare davvero sulla qualità solo perseguendo al massimo l'appropriatezza di utilizzo delle risorse, con un occhio sempre attento all'equità perché le diseguaglianze di accesso alle prestazioni rappresentano il primo segnale di un sistema pubblico che non riesce a creare valore e dunque livelli di risposta omogenei.

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

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

L'Azienda individua come elementi costitutivi della propria missione istituzionale, i seguenti **principi**, al fine di garantire un'appropriata risposta alla crescente domanda di salute e di benessere dei cittadini:

- ricercare **l'appropriatezza clinica ed organizzativa** delle prestazioni, nel rispetto dei principi universalistici dell'assistenza e nel rispetto del principio di equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie;
- perseguire **l'innovazione** quale processo di creazione di nuovi strumenti organizzativi, tecnologici e produttivi, o modificazione di quelli già esistenti; sostenere **l'innovazione organizzativa e gestionale** quale elemento valoriale del sistema azienda nel suo complesso; promuovere soluzioni organizzative innovative anche attraverso strumenti di Project Management;
- mettere in essere tutte le azioni possibili per realizzare la **semplificazione**, la **reingegnerizzazione** e la **digitalizzazione** dei processi;
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla **trasparenza** ed al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali;
- dare rilievo e potenziare i **processi di comunicazione** verso i cittadini, i soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi aziendali, diffondendo tra i propri utenti l'informazione al fine di favorirne l'autonomia decisionale;
- affermare la **ricerca**, di base ed applicata, quale indispensabile strumento di sviluppo della conoscenza scientifica e della formazione dei nuovi professionisti;
- garantire un'adeguata formazione attraverso **l'integrazione con UNIFI** dei professionisti sanitari nei corsi di laurea e di specializzazione;

- valorizzare il ruolo di tutti i **professionisti** nel governo clinico dell'azienda; contribuire allo sviluppo delle professioni sanitarie, nella prospettiva di definire modelli gestionali di assistenza innovativi;
- implementare modelli organizzativi in grado di affermare i principi della **medicina personalizzata**, quale modalità terapeutica innovativa che renda possibile, anche attraverso l'analisi farmacogenomica, la personalizzazione della strategia terapeutica;
- potenziare la **medicina di genere** quale ambito della pratica assistenziale che applica, alla medicina, il concetto di "diversità tra generi" per garantire a tutti, uomini o donne, il migliore trattamento auspicabile in funzione delle specificità di genere;
- perseguire, nel modo più efficace, **l'assenza di dolore** nelle fasi di cura a tutela della qualità della vita e della dignità della persona;
- garantire lo sviluppo di attività finalizzate allo studio della **biodiversità** e per la ricerca in campo farmaceutico.

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

Il 2020 ed il 2021 sono stati anni impegnativi nei quali l'attività dell'Azienda ha dovuto più volte adeguarsi e rimodularsi per rispondere in modo tempestivo all'**epidemia da Covid-19**. Alcune progettualità anche di tipo strutturale, con importanti ricadute proprio sul fronte del miglioramento dell'organizzazione dei servizi, hanno subito inevitabilmente dei rallentamenti ma sono ormai in fase di completamento con il 2022. Sono invece in fase di progettazione alcuni interventi di ristrutturazione e di revisione del layout di alcuni padiglioni per meglio rispondere al flusso dei pazienti. Il nuovo assetto strutturale a regime è ormai sostanzialmente definito e quindi si è ora in grado di poter avviare, avendo a disposizione un contesto di riferimento logistico aggiornato, percorsi di innovazione organizzativa che consentiranno di esprimere con ancora maggiore evidenza le potenzialità legate alle elevate competenze presenti.

In un simile contesto l'Azienda ha potuto strutturare un **Programma di progettualità integrate**, (meglio illustrato più avanti), che attengono principalmente alla **riorganizzazione** del sistema produttivo. Con queste progettualità, l'Azienda si propone di rafforzare il suo ruolo attraverso l'impegno costante a sostenere la componente professionale nel mantenere e potenziare ulteriormente la posizione di eccellenza per il trattamento di patologie ad elevata complessità.

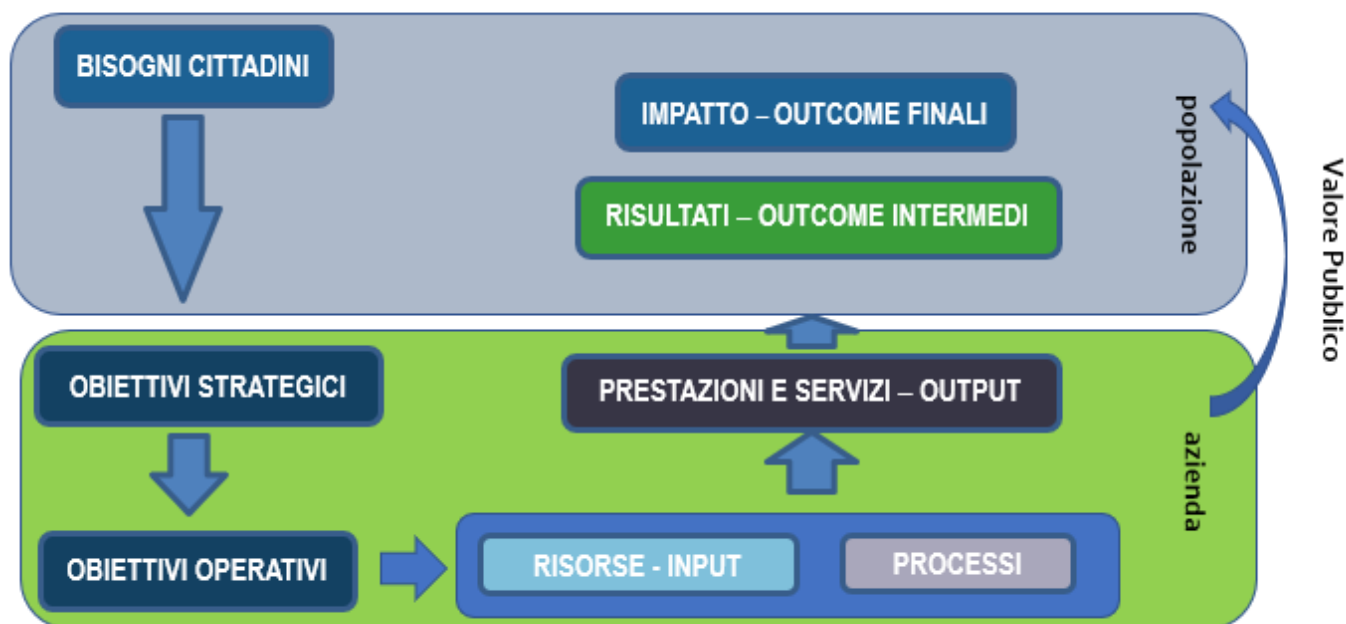
Una volta delineati gli obiettivi di medio-lungo periodo, partendo dai bisogni della collettività e tenendo conto delle linee di indirizzo strategiche nazionali e regionali, vengono definiti gli obiettivi strategici ed operativi che le aziende intendono raggiungere.

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

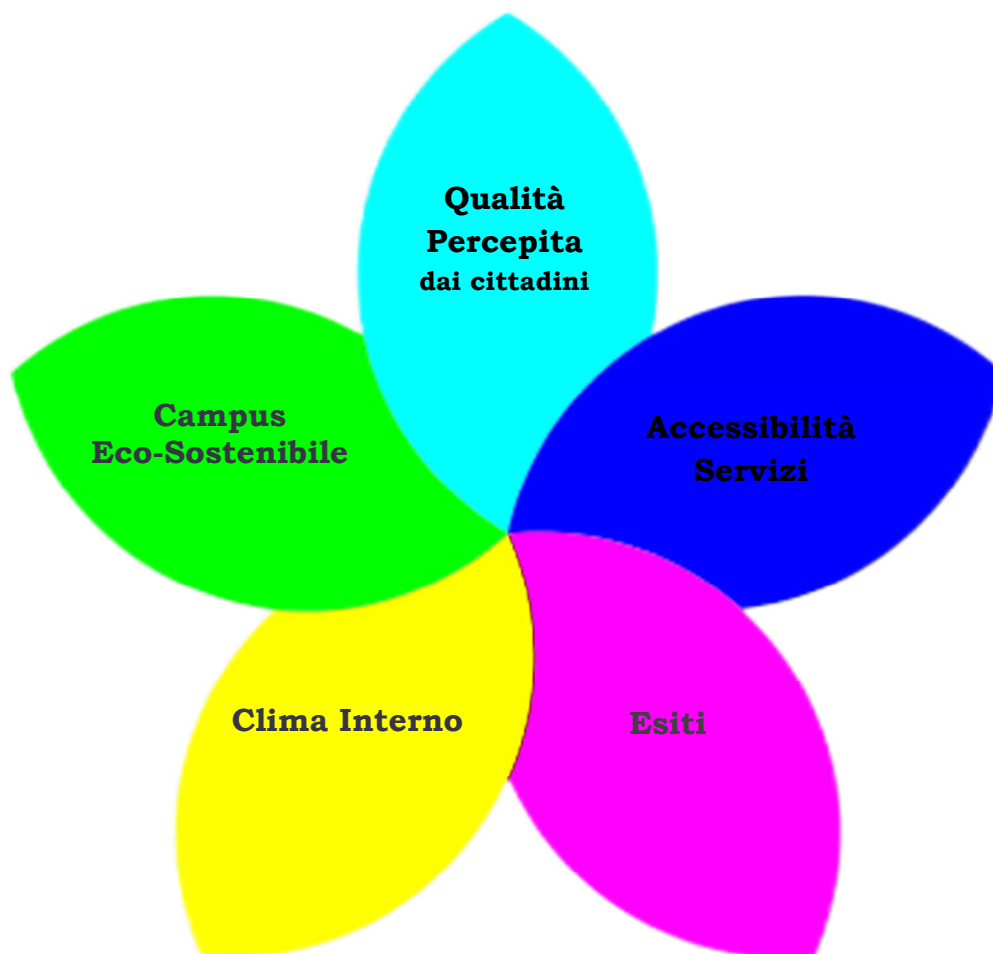
Si può dire in effetti che gli **outcome intermedi**, quali esiti dei singoli processi, rappresentano i risultati più tangibili delle attività delle organizzazioni e sono il tramite che dovrebbe portare ad un concreto miglioramento del benessere dei cittadini quale outcome finale cui tutto il sistema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

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

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



Per la realizzazione e la misurazione degli outcome intermedi, ovvero dei risultati di performance, gli obiettivi ed i relativi indicatori sono contenuti nella sezione della Performance. Per quanto riguarda gli outcome finali, ovvero il contributo generato a vantaggio della comunità e la reale creazione di **Valore Pubblico**, gli ambiti nei quali dobbiamo misurare la capacità dell'Azienda di orientare davvero la risposta ai cittadini in ottica di miglioramento del benessere sono rappresentati in questo schema di sintesi:



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

QUALITA' PERCEPITA

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

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (TARGET)	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
MIGLIORAMENTO QUALITA' PERCEPITA DAI PZ SUI SERVIZI EROGATI DA AOUC	MIGLIORAMENTO VALUTAZIONE PZ SUI SERVIZI EROGATI DALL'AZIENDA	% pazienti che hanno dato valutazione buona-ottima sui servizi erogati/ totale pz che hanno effettuato indagine di soddisfazione	> 70%	3-5 anni	indagini di soddisfazione del pz (Prems)

ACCESSIBILITA' DEI SERVIZI

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

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

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

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

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

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

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

CAMPUS ECO SOSTENIBILE

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

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

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

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (TARGET)	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTI DATI
RIDUZIONE UTILIZZO BOTTIGLIE PLASTICA NEL CAMPUS	INSTALLAZIONE FONTANELLE PER DISTRIBUZIONE ACQUA NEL CAMPUS SECONDO PROGETTO	Realizzazione fontanelle distribuzione acqua nel campus secondo progetto	Numero fontanelle installate secondo progetto	1-3 anni	Area Tecnica

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (TARGET)	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTI DATI
RIDUZIONE CONSUMO ENERGIA	INTRODUZIONE IMPIANTI DI ILLUMINAZIONE A BASSO CONSUMO ED AUTOMATIZZATI	Riduzione consumi energetici (come assorbimento) negli edifici interessati	<-20%	3-5 anni	Area Tecnica

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (TARGET)	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTI DATI
INTRODUZIONE REGIMI ALIMENTARI EQUILIBRATI E RICORSO ALL'APPROVISIONAMENTO A FILIERA CORTA	Impostazione nuovi capitolati ristorazione e mensa dipendenti con maggiore attenzione a regimi alimentari equilibrati e provenienza alimenti da filiera corta e biologica	Revisione capitolati con introduzione nuovi regimi alimentari e provenienza controllata materie prime (biofiliera corta)	Revisione capitolato ristorazione e mensa	3-5 anni	Servizi Appaltati

ESITI

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

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

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

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

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

CLIMA INTERNO

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

A partire dal 2017 è attivo un questionario di valutazione del clima interno promosso dal Laboratorio Management e Sanità dell'istituto di Management della Scuola Sant'Anna di Pisa. Oltre 200.000 dipendenti del network delle aziende coinvolte sono invitati a rispondere alle domande. Il questionario ha una prospettiva di natura organizzativa e gestionale e chiede di esprimere un'opinione sulle condizioni di lavoro in cui opera il dipendente, sulla comunicazione e l'informazione all'interno dell'Azienda, sulle opportunità di crescita professionale e la qualità delle relazioni con i colleghi e con i superiori oltre alla capacità di lavorare in squadra, le opportunità formative messe a disposizione dell'Azienda, la conoscenza dei meccanismi di programmazione e controllo dell'Azienda e le modalità di trasmissione delle informazioni.

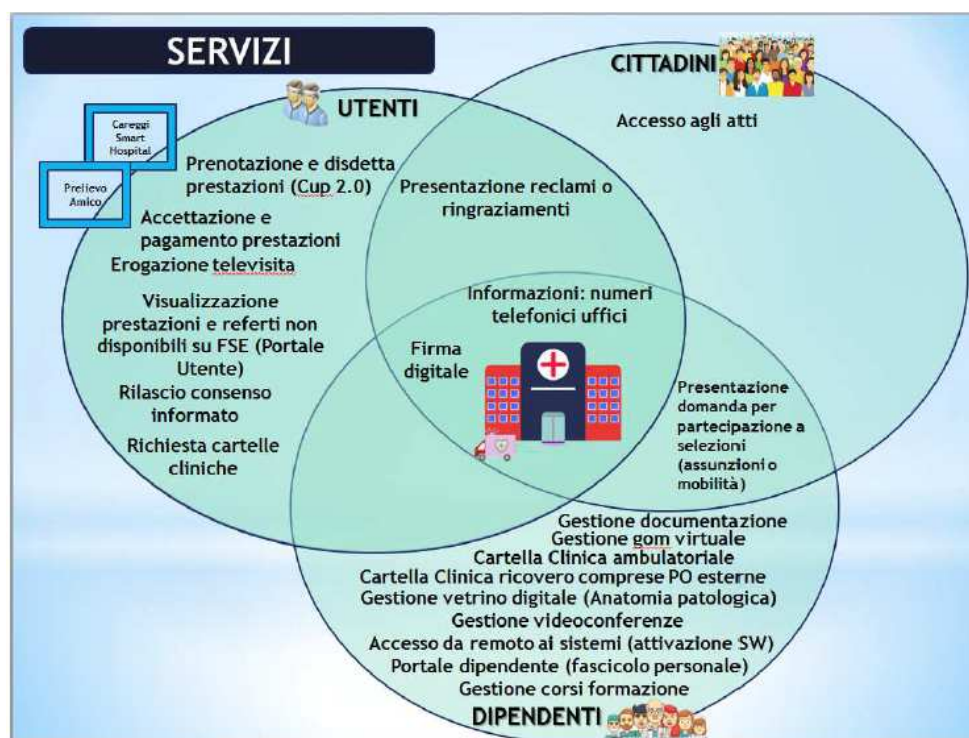
Alcune risposte relative al management, alla formazione, alla comunicazione costituiscono anche gli indicatori della valutazione interna del sistema di valutazione delle performance delle Aziende Sanitarie e proprio sulla sintesi della valutazione ottenuta dall'Azienda in questa dimensione è possibile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

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO (TARGET)	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTI DATI
CAPACITA' DI CREARE UN BUON CLIMA INTERNO	MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI ORGANIZZATIVE CHE IMPATTANO SUL CLIMA INTERNO (comunicazione, trasparenza, percorsi di carriera, formazione etc..)	% INDICATORI DEL QUESTIONARIO CLIMA ORGANIZZATIVO SU CUI L'AZIENDA HA OTTENUTO RISULTATI POSITIVI (fascia gialla verde e verdona)	>=95%	1-3 anni	Indagine Clima Organizzativo Laboratorio Mes

DIGITALIZZAZIONE

L'Azienda Careggi ha deliberato il **Piano di digitalizzazione** a febbraio del 2021 con lo scopo di pianificare una serie di interventi per la **semplificazione e la digitalizzazione** di alcuni processi al fine di agevolare la fruizione dei servizi da parte dei cittadini e l'interazione fra le strutture che operano nel Sistema Sanitario a livello di relazioni ed interscambio di dati e documentazione.

Il prospetto sottoriportato sintetizza graficamente l'ambito di azione del Piano di digitalizzazione presentato: le azioni previste sono finalizzate a rendere fruibili in digitale una serie di servizi orientati all'**utenza**, ai **dipendenti** ma anche alla **cittadinanza** in generale, con lo scopo di semplificare ed agevolare l'accessibilità all'Azienda nel suo complesso, ai suoi operatori, ai suoi dati ed alle sue prestazioni.



ACCESSO ESCLUSIVO AI SERVIZI ON LINE MEDIANTE IDENTITA' DIGITALE

In relazione all'accesso esclusivo ai servizi online forniti dall'Azienda ai cittadini attraverso identità digitali (Spid, CIE, CNS), l'Azienda ha attivi da qualche anno due servizi online:

Prelievo Amico: si tratta di un servizio accessibile da sito web aziendale che consente all'utente attraverso una preregistrazione di eseguire la prenotazione di un prelievo ematico in modo da potersi presentare nell'orario scelto evitando l'attesa necessaria in caso di accesso diretto.

Careggi Smart Hospital: si tratta di una APP che offre al cittadino/utente una serie di servizi online che vanno dalla prenotazione del prelievo (attraverso il richiamo del servizio Prelievo Amico), fino alla consultazione dei referti e delle informazioni sull'organizzazione dei servizi. L'applicazione prevede infatti un'area pubblica ad accesso aperto ed un'area privata accessibile solo con credenziali.

Progetti di semplificazione e trasformazione digitale dei servizi

Gli interventi progettati e presenti nel Piano vengono di seguito raggruppati in base ai principali beneficiari degli stessi.

INTERVENTI DI DIGITALIZZAZIONE A BENEFICIO DEGLI UTENTI

- **Careggi Smart Hospital:** una APP specifica sviluppata per digitalizzare i servizi al cittadino e dare la possibilità a tutti di interagire da remoto con il nostro Ospedale. Lanciata nel corso del 2014 ed evoluta negli anni, è la piattaforma di riferimento per poter avere informazioni sui servizi offerti, contatti, lettura referti on-line e utilizzare il servizio di informazione dei tempi chirurgici. Già operativa e allineata ai requisiti del DL76/2020.
- **Prelievo Amico:** un servizio specifico, già attivo dal 2015, per rendere semplice la prenotazione dei prelievi ematici, attraverso una modalità di prenotazione dello slot di interesse. Dal febbraio 2021 disponibile anche il login sicuro attraverso SPID e/o CID conforme ai requisiti del DL76/2020.
- **Prenotazione e disdetta prestazioni (Cup 2.0):** nel corso del 2022 è stato installato anche presso Careggi il CUP unico regionale che permette di prenotare in un intorno della residenza del cittadino le prestazioni specifiche di interesse in modalità completamente dematerializzata. Sono state progettate anche funzioni accessorie, tra cui quella della disdetta on-line della prenotazione, per rendere più semplice la gestione della prenotazione da parte degli utenti.
- **Accettazione e pagamento prestazioni:** in armonia con la transizione al progetto CUP unico regionale, sarà adottato anche il progetto di accoglienza che prevede l'installazione di totem destinati ad informazioni per l'utenza e servizi specifici in modo da poter permettere sia l'accettazione dematerializzata che il pagamento automatico delle prestazioni.
- **Adesione a portale PagoPA ed integrazione con App IO:** in linea con quanto richiesto dal DL76/2020 l'Azienda ha aderito al programma di pagamento Pago PA con integrazione con il sistema telematico di pagamento denominato App IO.
- **Erogazione televisita:** servizio regionale a cui Careggi ha aderito fin dalla fase 1 dell'emergenza covid-19 per la gestione (ove possibile) della visita dei pazienti da remoto. Il servizio è già operativo per molti ambiti clinici e sarà progressivamente esteso e potenziato anche grazie a portali più evoluti in corso di sviluppo a livello nazionale e regionale.
- **Visualizzazione prestazioni e referti non disponibili su fascicolo sanitario elettronico (Portale utente):** è intenzione di questa PA definire e realizzare un portale per il cittadino sul quale, attraverso un login sicuro utilizzando la logica SPID e/o CIE, offrire tutti i servizi non già disponibili in maniera dematerializzata. In particolare, per il perimetro dei referti, dovranno essere accessibili tutti quei referti consegnabili per legge al paziente senza necessità di un consulto medico e non già presenti su FSE.
Rilascio consenso informato: funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino.
Richiesta cartelle cliniche: funzionalità aggiuntiva nel portale per il cittadino e nei totem dei servizi del progetto accoglienza. Possibilità di richiedere in maniera dematerializzata, previo pagamento del servizio, copia conforme della Cartella Clinica del paziente identificato attraverso SPID e/o CIE.

INTERVENTI DI DIGITALIZZAZIONE A BENEFICIO DEI DIPENDENTI

- **Gestione documentazione:** definizione di un servizio cloud aziendale per mantenere in maniera sicura e con piena accessibilità sia da rete interna che da esterna (anche in mobilità) tutta la documentazione necessaria per svolgere le attività professionali.
- **Gestione Gom (Gruppo Organizzativo Multidisciplinare) virtuale:** servizio digitalizzato già lanciato nel corso della prima fase covid-19 per poter garantire la continuità assistenziale del paziente oncologico attraverso GOM multidisciplinari sia interni che esterni all'Azienda. Il servizio è basato su piattaforma di videoconferenza con possibilità di condivisione sia di immagini cliniche che di referti.

- **Cartella Clinica Ricovero** (comprese PO esterne): cartella clinica informatizzata ed integrata con tutti gli applicativi aziendali con ulteriore funzionalità accessoria aggiuntiva anche per l'accesso da portale per il cittadino.
- **Cartella Clinica Ambulatoriale**: cartella clinica informatizzata ed integrata con tutti gli applicativi aziendali con ulteriore funzionalità accessoria aggiuntiva anche per l'accesso da portale per il cittadino.
- **Gestione vetrino digitale anatomia patologica**: introduzione del concetto di vetrino digitale per l'Anatomia Patologica in modo da avere un percorso completamente digitalizzato sia per le attività professionali aziendali (second opinion, teleconsulenza tra Aziende sia intraregionale che extra-regionale), sia per agevolare la consegna e gestione dei referti arricchiti con una immagine digitale consultabile da specialisti. Il cronoprogramma prevede il rilascio preventivo della versione del software unico di Anatomia Patologica regionale e l'apertura sul RISPACS Aziendale della possibilità di salvataggio sicuro dei vetrini digitali.
- **Gestione videoconferenze**: digitalizzazione completa del percorso di lavoro agile attraverso l'attivazione di un contratto specifico con un fornitore di servizi digitali commerciale.
- **Accesso da remoto ai sistemi per attivazione Smart working**: funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino, in modo da ricomprendere l'attuale modalità (già attiva dalla fase 1 dell'emergenza covid-19) di lavoro agile direttamente previo login sicuro a un portale valido solo per quei cittadini che risultino anche dipendenti dell'Azienda.
- **Portale dipendente (fascicolo personale)**: funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino, specifica solamente per i cittadini che risultano anche dipendenti. La funzionalità prevede la condivisione dei documenti relativi al percorso professionale completamente digitalizzati, con ricostruzione della carriera professionale.
- **Gestione corsi formazione**: funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino, specifica solamente per i cittadini che risultano anche dipendenti. La funzionalità prevede la possibilità di iscriversi ai corsi, selezionabili da una bacheca, con fruibilità in modalità "webinar" e riconoscimento dei crediti formativi (ECM e/o CFP) per i vari ordini professionali.

INTERVENTI DI DIGITALIZZAZIONE A BENEFICIO DEI CITTADINI

Accesso agli atti: funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino.

INTERVENTI DI DIGITALIZZAZIONE A BENEFICIO DEI CITTADINI ED UTENTI

Presentazione reclami o ringraziamenti: funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino.

INTERVENTI DI DIGITALIZZAZIONE A BENEFICIO DEI CITTADINI E DIPENDENTI

Presentazione domande per partecipazione e selezioni (assunzioni o mobilità): dal 2021 è stato adottato lo stesso applicativo in uso presso l'ente Estar per la gestione sicura sia di domande di selezione per nuovi bandi, sia per le mobilità tra PA. L'applicativo, derivato da quello già sviluppato e in uso presso i competenti uffici di Estar, dovrà prevedere non solo l'inserimento dematerializzato di tutta la documentazione, ma anche l'accesso sicuro con riconoscimento del cittadino tramite servizi SPID e/o CIE.

INTERVENTI DI DIGITALIZZAZIONE A BENEFICIO DI TUTTE LE CATEGORIE

- **Informazioni su organizzazione e servizi e contatti**: è volontà di questa PA creare un elenco digitale di professionisti e uffici, consultabile sia dalla rete intranet che dalla rete internet, in modo da semplificare la modalità di contatto digitale (telefono e e-mail/pec) dei vari servizi dell'Ospedale.
- **Firma Digitale**: l'abilitazione della firma digitale a tutti i professionisti, in modo da estendere la possibilità di firmare digitalmente qualunque documento, sia amministrativo che sanitario.

ACCESSIBILITA' PER DISABILI ED OVER 65

Fare un prelievo di sangue, una visita specialistica, un accertamento diagnostico, per chi ha una disabilità può essere molto più complicato che per altri. E non a causa delle barriere architettoniche, che pure ci sono, ma per quelle barriere cosiddette "invisibili", legate all'organizzazione dei servizi e alla formazione del personale. Queste barriere invisibili rendono più complicato per i cittadini disabili sottoporsi a visite, esami, terapie. Tanto da scoraggiarli, allontanarli e determinare in molti casi un peggioramento delle loro condizioni di salute. Per andare incontro alle esigenze di salute di questi cittadini e garantire una effettiva equità, la Regione Toscana, prima in Italia a realizzarlo, ha messo a punto, in collaborazione con i coordinamenti delle associazioni per la disabilità, il programma **PASS** (Percorsi Assistenziali per i Soggetti con bisogni Speciali), per adeguare l'offerta sanitaria in modo da migliorare i risultati di salute delle persone con disabilità.: il senso è quello di farsi trovare preparati su questi percorsi che hanno una grande complessità.

Per le persone disabili spesso l'assenza di un percorso pensato ad hoc in relazione ai loro bisogni speciali significa proprio non poter accedere alle strutture sanitarie. Le persone con disabilità rappresentano quindi una quota di popolazione rispetto alla quale il diritto di accesso non è sempre garantito e questo mina fortemente l'**equità** dei nostri Sistemi Sanitari.

Per di più, il rischio relativo di questi pazienti sia per stili di vita, sia per la difficoltà di segnalare la comparsa di sintomatologia evocativa in tempo è sempre più alto. Si riesce difficilmente ad intervenire in maniera efficace ed in tempi utili alla risoluzione della problematica e quindi questa diventa una quota di popolazione rispetto alla quale dobbiamo necessariamente strutturare la nostra offerta a misura di paziente.

Il programma PASS vuole assicurare un accesso che sia il meno pesante possibile per il paziente con **bisogni speciali**. Il progetto è nato nel **2017** per facilitare l'accesso dei pazienti con disabilità che dovevano sottoporsi a diversi esami e adesso ci sono 12 presidi Pass in Toscana fra cui uno è quello di **Careggi** dove l'attività è nata nel 2018. Una delle caratteristiche del progetto è anche quella di assicurare dove necessario l'approccio in sedazione quando la disabilità intellettiva è importante e scarse le possibilità di collaborazione.

L'ostacolo principale per la promozione di questa iniziativa è prevalentemente **culturale** perché si tratta di poter contare su una sensibilità e competenza trasversale alle varie discipline che purtroppo non si apprende nel percorso formativo tradizionale. La Facoltà di Medicina non ha un programma di insegnamento in questo senso e quindi occorre promuovere incontri anche con i giovani studenti che possano informare sulle varie tipologie di disabilità e sul corretto approccio per poterle guidare e gestire.

Regione Toscana ha progettato una **formazione** che è attiva dal 2018 per il personale sanitario. Ad oggi di 400 operatori formati, 100 sono di AOUC e fra questi ci sono molti ragazzi giovani come ad esempio gli specializzandi.

Questo è un passaggio fondamentale per uno sviluppo che sia più integrato possibile all'interno delle strutture sanitarie. Dobbiamo pensare al PASS come ad un sistema trasversale ed il nostro obiettivo è arrivare a diventare un ospedale PASS che consenta esami con l'approccio PASS in tutte le discipline.

Ulteriore obiettivo, strumentale e propedeutico anche all'approccio alla formazione, è quello di **informare** e creare cultura trasversalmente su queste tematiche. Spesso il coinvolgimento dei professionisti ed il loro arruolamento nei percorsi formativi è semplicemente conseguente ad occasioni di confronto sul tema.

Oggi i percorsi strutturati per l'accesso di persone con bisogni speciali riguardano circa **200 prestazioni**, ma andranno aumentando anche perché le associazioni che collaborano al progetto hanno ripreso l'attività in presenza presso Careggi (padiglione Nic) e loro aiutano gli utenti ad inserirsi nel portale appositamente creato da Regione Toscana per attivare il percorso.

L'obiettivo è quello di estendere questi percorsi sia in termini di prestazioni interessate sia di bacino di utenza. Se il tema è quello delle disabilità fisiche e cognitive infatti non possiamo non pensare anche a tutta la **popolazione over 65 anni** che ne può essere facilmente interessata anche solo momentaneamente. Spesso infatti le stesse problematiche della disabilità sono conseguenti o comunque amplificate dall'insorgenza delle patologie legate all'età. Allora anche un paziente con disturbo cognitivo perché anziano deve poter accedere ad un percorso chirurgico pensato a sua misura senza essere proiettato su percorsi standardizzati che prescindono dai suoi bisogni specifici.

Questo anche perché in persone con bisogni speciali altrimenti il rischio è che il successo della prestazione sanitaria in sé non comporti necessariamente i risultati sperati in termini di salute se non accompagnato da un percorso specifico di accompagnamento (si vedano a tal proposito anche gli stessi approcci Eras inseriti nel Piano triennale delle progettualità dell'Azienda).

PERFORMANCE

Il **Piano della Performance** è il documento programmatico attraverso il quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli obiettivi, gli indicatori ed i risultati attesi per il triennio 2022-2024. Da quest'anno viene adottato nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, così come previsto dalle ultime disposizioni.

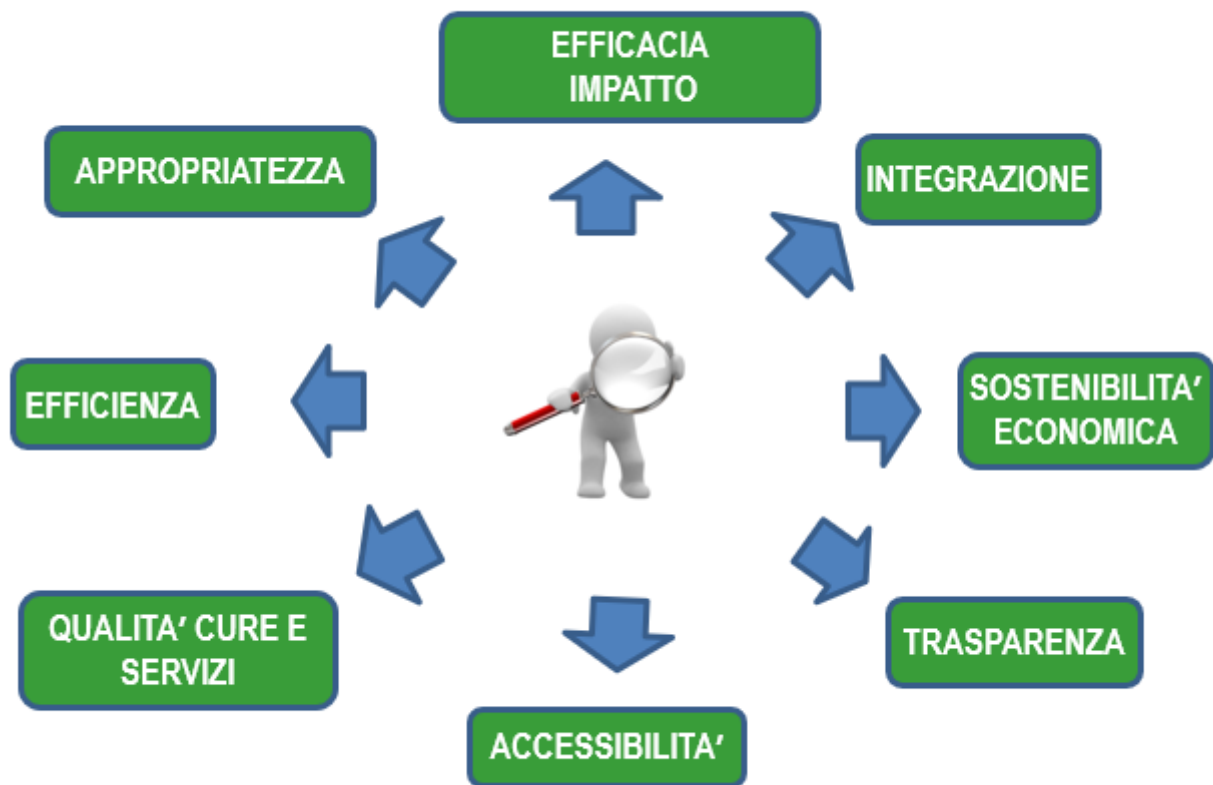
Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/2009 "Attuazione Legge 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni". Secondo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

Il Piano della Performance si pone lo scopo di:

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

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

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



Il ciclo della performance con il dettaglio delle soggetti che entrano in gioco nel percorso e delle tempistiche di avanzamento delle varie fasi nel corso dell'anno, è descritto nel documento "Il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance", pubblicato nella sezione Amministrazione trasparente ed al cui link si rimanda per ulteriori approfondimenti:

https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/images/docs/file/Trasparenza/19/19_Sistema_MisurazionePerformance.pdf

La definizione degli obiettivi strategici ed operativi da parte dell'Azienda è preordinata anche alla determinazione delle azioni necessarie al loro raggiungimento e conseguentemente degli effetti economici indotti. In questo senso la sintesi del percorso di negoziazione degli obiettivi rappresenta proprio la base per la programmazione del Bilancio, intesa come stima delle risorse necessarie a coprire il fabbisogno espresso. In AOU Careggi questo passaggio avviene attraverso la negoziazione dei budget di spesa per conto economico con i Gestori di Fabbisogno, ossia i soggetti titolari del potere di acquisto in quanto competenti per linea di fattore produttivo. Questa ulteriore dimensione programmatica, trasversale per natura rispetto a quella che proietta con il processo di budget gli obiettivi aziendali sulle singole strutture interne, è proprio quella che consente di garantire una coerenza di percorso fra le azioni richieste alle strutture aziendali e le risorse messe in campo dall'Azienda per renderne possibile la realizzazione. Il monitoraggio infra-annuale, attivo su entrambe le dimensioni, consente infine di mantenere questa coerenza nel corso del tempo verificando parallelamente il rispetto del raggiungimento degli obiettivi di budget da parte delle strutture così come il rispetto dei budget di spesa da parte dei Gestori di Fabbisogno. In tal modo è assicurata annualmente la **coerenza tra il Piano della Performance e la programmazione economico finanziaria legata al bilancio.**

Non dobbiamo sottovalutare che tutta l'attività di programmazione appena descritta è collocata all'interno di un quadro normativo e finanziario che ha prodotto nel decennio precedente alla pandemia pesanti riduzioni delle risorse complessivamente destinate al settore sanitario, sia a livello nazionale sia a livello regionale e delle singole Aziende sanitarie. La definizione degli obiettivi non può dunque non risentire del condizionamento dato dal contesto economico di riferimento, anche se il Servizio Sanitario Toscano è sempre riuscito a mantenere livelli di servizio eccellenti. Lo dimostrano le verifiche effettuate dal Ministero della Salute in relazione agli **adempimenti LEA** attraverso un sistema di indicatori che misura la performance regionale nei vari livelli di assistenza.

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda il Bersaglio del MES, all'inizio dell'anno viene definito per ciascuna azienda un valore atteso per ciascun indicatore che deve durante l'anno migliorare la propria performance rispetto all'anno precedente. Per la valutazione finale delle performance, il MES elabora il valore dei diversi indicatori posizionandoli in **5 fasce**: performance ottima (fascia verde scura del bersaglio), performance buona (fascia verde chiaro), performance media (fascia gialla), performance da migliorare (fascia arancione e rossa). L'Azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri indicatori collocati nelle fasce centrali verdi del bersaglio; se gli indicatori compaiono invece nelle fasce più lontane dal centro (gialle, arancioni, rosse) ci saranno margini di miglioramento più o meno importanti. Al fine di poter assicurare a livello aziendale il raggiungimento degli obiettivi definiti annualmente dal MES, tra gli indicatori budget di ciascuna struttura aziendale coinvolta sono quindi presenti gli indicatori MES con il relativo valore atteso stabilito annualmente in un'ottica di continuo miglioramento.

A partire dal **2014**, per le AOU del Network MES delle Regioni, è stato sperimentato un ulteriore modello di valutazione, quello del **CRISP** (Centro di ricerca universitario per i servizi di pubblica utilità dell'università degli studi di Milano-Bicocca), al fine di confrontare e valutare l'efficacia dell'attività svolta. La finalità principale non è mai stata quella di produrre graduatorie e classifiche tra aziende e reparti bensì quella di fornire ulteriori strumenti di supporto per il miglioramento continuo delle performance. Il confronto dell'efficacia tra reparti della medesima specialità in contesti aziendali similari quali gli ospedali universitari, consente infatti di individuare potenziali criticità da analizzare attraverso specifici audit interni sulla qualità dei dati, sull'organizzazione dei percorsi, sulle risorse a disposizione nonché sulla pratica clinica. Tale confronto può consentire di individuare best practice che meritano di essere analizzate non solo dal punto di vista della pratica clinica ma anche rispetto a modelli organizzativi e gestionali che potrebbero rivelarsi un utile riferimento. Il sistema di valutazione si basa infatti su 3 livelli che hanno come obiettivo quello di evidenziare best practice o criticità da approfondire. L'analisi dell'efficacia delle specialità delle AOU con la metodologia CRISP è basata sul calcolo di 4 **indicatori di outcome**: dimissioni volontarie; mortalità totale a 30 giorni dalla dimissione; ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC; ritorni in sala operatoria nell'ambito dello stesso ricovero. Le specialità prese in considerazione sono 8: cardiocirurgia, cardiologia, medicina generale, chirurgia generale, neurochirurgia, neurologia, ortopedia, urologia. Il modello prevede 3 fasce di valutazione: rosso, giallo e verde ed è di tipo "conservativo", nel senso che è costruito in modo tale che venga segnalato un risultato sia in senso positivo che negativo solo se è notevole la differenza con l'outcome atteso. Sono stati introdotti come indicatori di budget anche gli indicatori CRISP per tutte le strutture delle discipline coinvolte, prendendo a riferimento come valore atteso il valore medio regionale.

Altro strumento di valutazione della performance organizzativa aziendale è rappresentato dal **Programma Nazionale Esiti (PNE)**, sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute. Gli indicatori del PNE sono soprattutto **indicatori di esito**, ed in parte di qualità clinica, e rappresentano utili strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN. Le evidenze scientifiche e gli stessi dati del PNE dimostrano infatti che la pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure rappresentano un valido strumento di governo del sistema e migliorano la qualità stessa delle cure. Secondo tale sistema di valutazione, il valore assunto da ciascun indicatore, calcolato a livello di azienda, viene confrontato con la media nazionale evidenziando se, rispetto a tale valore medio, è migliore, uguale o peggiore. Con la legge di stabilità del 2016 sono stati definiti per la prima volta a livello nazionale dei parametri di riferimento relativi agli esiti delle cure con indicazione degli indicatori PNE e delle relative fasce di valutazione per le aziende ospedaliere nelle aree cliniche cardiocircolatoria, sistema nervoso, apparato respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare. Anche in questo caso tali indicatori PNE sono stati inseriti ormai da qualche anno tra gli indicatori di budget di tutte le strutture coinvolte.

Nel 2019 è inoltre uscito il **Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa**, al quale sono seguiti i Piani Regionali finalizzati a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari, intesi sia come prestazioni ambulatoriali che come ricoveri. La garanzia dell'**equità di accesso alle prestazioni** passa infatti dall'individuazione degli strumenti e delle modalità di

collaborazione tra tutti gli attori del sistema per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'individuazione e la gestione programmata dei percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali (PDTA). Il **Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa** esplicita e recepisce le indicazioni del Piano Nazionale e definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera.

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

Sulla base delle linee di indirizzo nazionali e regionali nonché delle scelte e necessità aziendali, l'Azienda ogni anno struttura una serie di nuovi indicatori volti a misurare e migliorare alcuni specifici aspetti. Nel 2019 sono stati definiti una serie di indicatori per la misurazione dell'efficienza di sala operatoria ed una serie di indicatori per migliorare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali. Nel 2020 sono stati ulteriormente affinati gli indicatori di efficienza di sala e sono stati strutturati degli indicatori per migliorare i tempi di attesa degli interventi chirurgici oncologici. Per il 2021, vista l'emergenza sanitaria legata alla diffusione del coronavirus che ha fortemente impattato su tutta l'attività dell'Azienda, si sono mantenuti sostanzialmente gli stessi obiettivi degli anni precedenti, con l'unica integrazione dell'obiettivo dello sviluppo della telemedicina.

Per il 2022 sono stati introdotti alcuni nuovi obiettivi legati allo sviluppo di una maggiore integrazione ospedale territorio, ad un ulteriore sviluppo della telemedicina nonché all'incremento degli interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale. Inoltre, al fine di avviare un percorso di miglioramento sulla qualità dei servizi, è stato introdotto l'obiettivo di massima adesione alle indagini PREMs e PROMs svolte dal Laboratorio MES, indagini sulla qualità dei servizi e sugli esiti percepiti dai pazienti ricoverati.

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: OBIETTIVI DI BUDGET 2022

Di seguito sono riportati i principali **obiettivi strategici ed operativi, gli indicatori ed i valori attesi** per la programmazione **dell'anno 2022**, negoziati dalla Direzione con tutte le strutture e contenuti nelle schede budget.

EFFICIENZA, QUALITA' CLINICA E DI PROCESSO

Come già descritto, l'impostazione a livello aziendale delle schede di budget parte dal recepimento degli obiettivi che la Regione Toscana assegna annualmente alle aziende sanitarie, con particolare riferimento a quelli contenuti nel sistema di valutazione della performance del Laboratorio MES. Gli obiettivi/indicatori del Bersaglio MES, con i quali viene valutata l'Azienda nel suo complesso da parte della Regione Toscana, diventano quindi obiettivi di budget per ciascuna struttura aziendale direttamente coinvolta.

Al fine di misurare **l'efficienza assistenziale** sono utilizzati ormai da anni indicatori sulla degenza media. Per migliorare **l'efficienza del Pronto Soccorso** vi sono indicatori di permanenza massima (di 8 ore per i pazienti che vengono ricoverati, di 6 ore per i pazienti che vengono dimessi al domicilio) nonché la % di abbandoni. Relativamente alla **qualità delle cure** è posta molta attenzione al percorso nascita al fine di migliorare i servizi e rendere il percorso meno medicalizzato. A livello mondiale si osserva infatti che nelle regioni più sviluppate la percentuale di cesarei è aumentata e, dal momento che un maggiore

ricorso al cesareo non assicura vantaggi in termini di salute né alla madre né al figlio oltre a comportare uno scorretto utilizzo delle risorse, l'obiettivo è quello di riportare il ricorso al cesareo ai soli casi effettivamente necessari. Parallelamente è posta altrettanta attenzione al contenimento dei tempi di intervento chirurgico nelle fratture del femore, dal momento che i tempi ottimali di intervento sono definiti di massimo 2 giorni. Vi sono poi una serie di indicatori che vanno a misurare la **qualità clinica e/o di processo** quali: la % di interventi di riparazione della valvola mitrale; la % di colecistectomie laparoscopiche in DS; le complicanze a 30 gg dall'intervento delle colecistectomie laparoscopiche in regime ordinario; la % di interventi programmati al colon in laparoscopia; la % di interventi conservativi o nipple/skin sparing per tumore maligno alla mammella; la % di prostatectomie transuretrali. Vi sono infine gli indicatori di riammissione entro 30 giorni per i quali si fa riferimento anche agli indicatori PNE (BPCO, ictus e scompenso cardiaco congestizio).

Sono stati inoltre inseriti come obiettivi budget (a partire dal 2017) quelli di **outcome** del CRISP. L'analisi dell'efficacia delle specialità delle AOU con la metodologia CRISP è basata sul calcolo di 3 indicatori: mortalità totale a 30 giorni dalla dimissione; ricoveri ripetuti a 30 giorni dalla dimissione per la stessa MDC e ritorni in sala operatoria nell'ambito dello stesso ricovero. Le specialità prese in considerazione sono 8: cardiocirurgia, cardiologia, medicina generale, chirurgia generale, neurochirurgia, neurologia, ortopedia, urologia. Il valore atteso per ciascun indicatore è quello di migliorare la propria performance rispetto a quella media regionale calcolata per le diverse discipline.

Nella tabella sottostante sono riportati i principali indicatori, per rilevanza strategica o per trasversalità, del Bersaglio MES divenuti obiettivi budget. Per l'anno 2022 si è fatto riferimento ai valori attesi del Bersaglio 2021, ultimo disponibile quando è stato negoziato il budget. Per gli indicatori CRISP e per gli indicatori PNE di riammissione entro 30 giorni non contenuti nel Patto di stabilità, sono stati mantenuti gli stessi valori attesi del 2019, ultimo anno precedente alla pandemia, facendo riferimento per gli indicatori CRISP alla media regionale per ciascuna disciplina e per gli indicatori PNE di riammissione alla media nazionale. I valori di tali indicatori di budget sono stati calcolati tutti al netto dei pz covid.

OBIETTIVI STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO (TARGET)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	< 0	-0,3	SDO
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	< 0	-0,23	SDO
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA PS	MES: PERC. PZ INVIATI AL RICOVERO DAL PS CON TEMPO DI PERMANENZA ENTRO 8 ORE	> 95 %	NV	SDO
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA PS	MES: PERC. DIMESSI A DOMICILIO CON PERMANENZA IN PS < 6 ORE	> 97 %	NV	SDO
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA PS	MES: PERC. ABBANDONI DAL PS	< 1,25 %	3,13%	SDO
QUALITA' CLINICA/DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES	MES: PERC. PARTI OPERATIVI (USO FORCIPE O VENTOSA)	< 5,14 %	7,7%	SDO
QUALITA' CLINICA/DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES	MES: PERC PARTI CESAREI DEPURATI	< 20 %	15,3%	SDO
QUALITA' CLINICA/DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES	MES: PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	> 83 %	79,2%	SDO
QUALITA' CLINICA/DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES	MES: PERC. INTERVENTI RIPARAZIONE VALVOLA MITRALE	> 70 %	77,4%	SDO
QUALITA' CLINICA/DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	> 72 %	83,7%	SDO
QUALITA' CLINICA/DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI MES	MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN REGIME ORDINARIO:	< 2 %	2,5%	SDO

		COMPLICANZE A 30 GG DALL'INTERVENTO			
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PRE- VISTI MES	MES: PERC. INTERVENTI PROGRAMMATI AL COLON IN LAPAROSCOPIA	> 60 %	77,1%	SDO
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PRE- VISTI MES	MES: PERC. INTERVENTI CONSERVATIVI O NIPPLE/SKIN SPARING ALLA MAMMEL- LA SUGLI INTERVENTI PER TUMORE MA- LIGNO	> 80 %	88,4%	SDO
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PRE- VISTI MES	MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSU- RETRALI	> 88 %	95,8%	SDO
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PRE- VISTI MES	MES: RIAMMISSIONI A 30 GG PER IN- TERVENTI TUR	< 4,62 %	1,5%	SDO
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PRE- VISTI PNE	PNE: PERC. RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER BPCO	< 12,9 %	11,9%	SDO
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PRE- VISTI PNE	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	< 14,4 %	10,4%	SDO
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PRE- VISTI PNE	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER ICTUS	< 7,4 %	4,6%	SDO
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PRE- VISTI CRISP	CRISP: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	differenziato per discipli- na	differenziato per discipli- na	SDO
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PRE- VISTI CRISP	CRISP: PERC. RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG/ TOT. RICOVERI	differenziato per discipli- na	differenziato per discipli- na	SDO
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PRE- VISTI CRISP	CRISP: PERC. RITORNI IN SALA OPERA- TORIA/ TOT. INTERVENTI CHIR.	differenziato per discipli- na	differenziato per discipli- na	SDO

ESITO DELLE CURE

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

Per la prima volta la legge di Stabilità per l'anno 2016, poi riconfermata dalle successive leggi di Stabilità, ha introdotto un'importante novità: all'art. 30 "Piani di rientro e riqualificazione degli enti del SSN". Affermava che le aziende sanitarie sarebbero entrate in piano di rientro non solo se non avessero rispettato l'equilibrio economico ma anche i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. A specificazione di ciò, nell'Allegato del Patto di Stabilità veniva definito un set di indicatori di esito, raggruppati in diverse aree cliniche, con relative fasce di valutazione: molto bassa (5-rossa); bassa (4-arancione); media (3-gialla); alta (2-verde chiaro); molto alta (1-verde scuro). Era sufficiente che la qualità assistenziale in una sola area fosse bassa (arancione) e rappresentasse almeno il 33% delle dimensioni totali valutate, oppure che fosse molto bassa (rossa) e rappresentasse il 15% delle dimensioni totali, a far sì che l'azienda fosse collocata in piano di rientro. Già a partire dal 2016 sono stati quindi introdotti come obiettivi di budget, riconfermandoli negli anni successivi, tutti gli indicatori di esito previsti nella Legge di Stabilità, con valore atteso pari a quello della fascia verde corrispondente ad una performance molto alta.

Di seguito sono riportati gli indicatori di esito selezionati all'interno del Patto di Stabilità, in realtà in gran parte corrispondenti a quelli del Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppato da AGENAS per

conto del Ministero della Salute divenuti dal 2016 obiettivi di budget. Anche in questo caso i valori di tali indicatori sono calcolati al netto dei pz covid.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO (TARGET)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	< 1 %	0%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	< 6 %	2,96%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	< 2 %	5,03%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	< 1 %	2,93%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	< 1,5 %	2,54%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	< 1,5 %	1,69%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	< 0,5 %	0,49%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIOCARDICO ACUTO	< 6 %	4,84%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	< 8 %	6,19%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	< 3 %	2,15%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	< 1,5 %	2,15%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	< 5 %	4,27%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	< 9 %	7,47%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	< 5 %	7,72%	SDO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARD PREVISTI PATTO STABILITA'	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	< 1 %	0,35%	SDO

MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI ONCOLOGICI

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

Per quanto concerne le prestazioni in regime di ricovero, viene stabilito l'obbligo di prevedere l'uso sistematico delle classi di priorità e di garantire che gli interventi oncologici vengano effettuati entro 30 giorni nella quasi totalità dei casi. Per i ricoveri di classe A, ossia per i casi clinici programmati che possono aggravarsi rapidamente, a partire dal 2021 l'obiettivo è quello di eseguire gli interventi chirurgici entro 30 giorni nel 90% dei casi, per tutte le tipologie di interventi chirurgici. Questa rappresenta una differenza importante rispetto a quanto richiesto nei 2 anni precedenti, nei quali, con la logica di un avvicinamento graduale all'obiettivo finale, ogni tipologia di intervento aveva un differente valore atteso, comunque sotto la soglia del 90%.

OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO 2022 (TARGET)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FORNITORE DATI
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% ANGIOPLASTICA CORONARICA (PTCA) ENTRO 30gg	> 90 %	91.06 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% BIOPSIA CUTANEA FEGATO ENTRO 30gg	> 90 %	100 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% BYPASS AORTOCORONARICO ENTRO 30gg	> 90 %	55.56 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE ENTRO 30gg	> 90 %	64.29 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% CORONAROGRAFIA ENTRO 30gg	> 90 %	88.24 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% EMORROIDECTOMIA ENTRO 30gg	> 90 %	100 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA ENTRO 30gg	> 90 %	89.19 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% INTERVENTI CHIR. PER MELANOMA ENTRO 30gg	> 90 %	100 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% INTERVENTI CHIR. PROTESI ANCA ENTRO 30gg	> 90 %	51.75 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO COLON ENTRO 30gg	> 90 %	80.51 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO MAMMELLA ENTRO 30gg	> 90 %	87.35 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO PROSTATA ENTRO 30gg	> 90 %	43.27 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO RETTO ENTRO 30gg	> 90 %	85.19 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO TIROIDE ENTRO 30gg	> 90 %	92.06 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO UTERO ENTRO	> 90 %	77.42 %	SDO

	GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	30gg			
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% INTERVENTI CHIR. TUMORE POLMONE ENTRO 30gg	> 90 %	82.94 %	SDO
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	% RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE ENTRO 30gg	> 90 %	50 %	SDO

INCREMENTO CHIRURGIA AMBULATORIALE

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

L'obiettivo di incrementare la chirurgia ambulatoriale, perseguito ormai da diversi anni, ha portato nel tempo ad uno spostamento del trattamento della casistica non complessa dal regime di ricovero a quello ambulatoriale. Alcune tipologie di intervento elencate nella delibera regionale sono già effettuate infatti in regime ambulatoriale, altre ancora no o solo in parte e per questo dovranno attivarsi dal punto di vista organizzativo per renderne possibile la realizzazione. Tali obiettivi mirano **all'appropriatezza del setting assistenziale** con uno spostamento di alcune casistiche di pazienti dal regime di ricovero a quello ambulatoriale. Questo orientamento dovrebbe portare ad una ulteriore riduzione della degenza media favorendo anche altri obiettivi quali la riduzione dei tempi di attesa ed insieme al contenimento dei tempi di erogazione delle prestazioni non d'urgenza per i pazienti ricoverati, dovrebbe portare complessivamente ad un utilizzo più efficiente dei posti letto.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO 2022 (TARGET)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTI DATI
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	INCREMENTO INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE SECONDO INDICAZIONI REGIONALI (D.RT. 20196/2021)	PERC. INTERVENTI CHIR. AMBULATORIALE NEL RISPETTO DELLE SOGLIE/ TOT. INTERVENTI DA EROGARE IN REGIME AMBULATORIALE	100%	58%	SPA

MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA DI SALA OPERATORIA

Il valore economico della risorsa “sala operatoria” è uno dei più onerosi per l'Azienda; da qui ha origine l'importanza strategica di una sua gestione corretta, al fine di rendere ottimale da una parte l'iter di cura del paziente, dall'altra l'utilizzo corretto e consapevole dei comparti operatori, garantendo costi adeguati alla qualità del servizio erogato. Con il nuovo **regolamento aziendale di sala operatoria** sono state definite le regole generali di funzionamento del comparto operatorio per rendere ottimale il tempo di utilizzo della sala operatoria attraverso una corretta programmazione, un inizio tempestivo delle sedute ed un contenimento dei tempi di preparazione preoperatoria del paziente. Nel corso del 2019 è stato conseguentemente ampliato il sistema di monitoraggio e controllo complessivo delle attività chirurgiche al fine di rendere possibile l'analisi dell'utilizzo della risorsa “sala operatoria” in applicazione del nuovo modello organizzativo impostato.

Già nelle schede di budget 2019, sono stati pertanto introdotti fra gli obiettivi di budget delle strutture chirurgiche, anestesiologicalhe e del personale del comparto impegnato nelle attività di sala operatoria, specifici obiettivi orientati ad ottenere il rispetto di un **orario di ingresso** del primo paziente prossimo alle ore 7,30; un **orario di prima incisione** definito per ciascuna struttura chirurgica, ma comunque compreso fra le 8 e le 9 ed un **orario di ultima sutura** che fosse contenuto fra le 17,30 e le 19,30 per non lasciare inutilizzate le sale garantendo al tempo stesso di non sfiorare rispetto ai tempi di programmazione pomeridiana. Per ciascuna struttura il valore atteso definito rappresentava un miglioramento rispetto alla situazione dell'anno precedente. Nel 2020, superato il primo anno di introduzione degli obiettivi sull'efficienza di sala e considerato il miglioramento ottenuto sui tempi di inizio e di fine seduta, è stato aggiunto un nuovo obiettivo, al fine di ottimizzare anche i **tempi di cambio**. Sono stati infatti definiti dei tempi "ottimali" di cambio differenziati per comparto operatorio sulla base della tipologia di intervento e della complessità dei pazienti trattati. In questo caso i valori attesi sono stati definiti come standard di riferimento. Per il 2021, viste le difficoltà di ottenere significativi miglioramenti nell'arco del 2020 a causa dell'emergenza coronavirus, è stato deciso di mantenere inalterati gli obiettivi sull'efficienza di sala già definiti gli anni precedenti.

Per il **2022** sono rimasti inalterati gli obiettivi su prima incisione ed ultima sutura mentre sui tempi di cambio è stato deciso di intervenire creando un **gruppo di lavoro** che veda coinvolti chirurghi, anestesisti, personale del comparto delle sale, Direzione Operativa e Direzione Sanitaria che, in modo graduale, iniziando dalle nuove sale operatorie del nuovo blocco DEAS, analizzi ed individui quelle azioni necessarie e possibili per raggiungere dei tempi di cambio ottimali.

Nella tabella sottostante gli indicatori sull'efficienza di sala operatoria:

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO 2022 (TARGET)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA SALA OPERATORIA	PERC. PRIMI PZ ENTRATI NEL BLOCCO ENTRO LE 7,30	> 70%	55%	REGISTRO SALA OP
		PERC. PRIME INCISIONI ENTRO ORARIO STABILITO	> 70%	49%	REGISTRO SALA OP
		PERC. INTERVENTI CON TEMPO DI CAMBIO ENTRO TEMPO STABILITO	>70%	42%	REGISTRO SALA OP
		PERC. ULTIME SUTURE ENTRO 19,30	> 95%	86%	REGISTRO SALA OP
		PERC. ULTIME SUTURE PRIMA DELLE 17,30	<10%	16%	REGISTRO SALA OP

MIGLIORAMENTO DEI TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI NON D'EMERGENZA PER I PZ RICOVERATI

Dal momento che la risorsa "posto letto" è una delle principali risorse dell'ospedale e che nell'ultimo decennio si è sempre cercato di renderla il più efficiente possibile, facendo ruotare il maggior numero di pazienti, si è cercato, a partire dal 2019, di introdurre degli obiettivi che potessero aiutare a ridurre la degenza media: talvolta infatti alcuni pazienti allungano la loro degenza solo perché in attesa di ricevere prestazioni erogate da strutture interne.

Nel primo anno, il 2019, sono stati introdotti obiettivi sul miglioramento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche d'emergenza (per TC, ECO, RX) e sul miglioramento del percorso di accesso alle prestazioni diagnostiche (per TC, RM).

A partire dal 2020 è stato invece chiesto di migliorare il **tempo di risposta delle prestazioni diagnostiche per immagini** non d'emergenza sia per i pazienti ricoverati, sia per i pazienti del Pronto Soccorso, al fine di riuscire a contenere ulteriormente la degenza media ospedaliera ed i tempi di permanenza dei pazienti al Pronto Soccorso. Il raggiungimento di tale obiettivo da parte delle strutture di

diagnostica per immagini dovrebbe infatti ridurre la permanenza al Pronto Soccorso ed incidere positivamente sulle degenze medie dei pazienti ricoverati.

Per il contenimento della degenza media è stato inoltre inserito anche l'obiettivo di riduzione dei **tempi di risposta delle consulenze per i pazienti ricoverati**, chiedendo a tutti i professionisti di erogare la specifica consulenza entro le ore 24 dello stesso giorno della richiesta.

Nel **2022** sono stati aggiunti ulteriori obiettivi al fine di ridurre i tempi di attesa per le **colonscopie, gastroscopie, peg e procedure radiologiche interventistiche** per i pazienti ricoverati con lo stesso scopo di riduzione della degenza media.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO 2022 (TARGET)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI	MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA CONSULENZE PER PZ RICOVERATI	PERC. CONSULENZE EFFETTUATE ENTRO LE ORE 24	>80%	83%	CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA
CONTENIMENTO TEMPI DI RISPOSTA PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA	CONTENIMENTO TEMPI DI RISPOSTA PER PRESTAZIONI NON D'EMERGENZA (cod. 3-4) PER PZ INTERNI	% ECO/ RM/ RX/ TC EROGATA PER PZ INTERNI ENTRO LE ORE 24 DEL 2° GIORNO	differenziato per struttura	differenziato per struttura	RIS- PACS
CONTENIMENTO TEMPI DI RISPOSTA PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA	CONTENIMENTO TEMPI DI RISPOSTA PRESTAZIONI NON D'EMERGENZA (cod. 3-4) PER PZ DEL PS	% EC/ RX/ TC EROGATA PER PZ PS ENTRO 2 ORE	differenziato per struttura	differenziato per struttura	RIS- PACS
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	CONTENIMENTO TEMPI DI ESECUZIONE PRESTAZIONI NON URGENTI PER PZ RICOVERATI	PERC. COLONSCOPIE/ GASTROSCOPIE/ PEG NON URGENTI ESEGUITE ENTRO 48 ORE DALLA RICHIESTA	>70%	differenziato per struttura	CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

APPROPRIATEZZA DEL CONSUMO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

L'attenzione dell'Azienda è principalmente focalizzata al **governo delle nuove terapie ad alto costo** ormai disponibili in varie aree terapeutiche ed a mantenere le azioni volte a promuovere l'uso dei farmaci equivalenti e dei biosimilari aggiudicatari di gara regionale. Sarà fondamentale continuare ad alimentare in modo rigoroso e corretto i registri AIFA sia perché il rispetto dei criteri di arruolamento dei pazienti nelle specifiche piattaforme web garantisce **l'appropriatezza della scelta terapeutica**, sia perché la corretta **rendicontazione sui registri AIFA** è indispensabile per il recupero economico di tutti i farmaci negoziati con meccanismi di rimborso condizionati all'esito clinico. L'Azienda è stata inoltre qualificata come centro abilitato a gestire costosissime terapie geniche innovative introdotte già negli anni 2020 e 2021 che richiedono la massima attenzione sia in termini clinici che gestionali per la corretta tracciabilità ai fini del rimborso e del monitoraggio previsto in questi casi.

I dispositivi medici (DM) rappresentano una crescente voce di spesa per l'AOUC-Careggi. Risulta quindi fondamentale sia gestire la continua immissione in commercio di nuovi prodotti, sia governare il successivo uso clinico. Nell'AOUC il gruppo di valutazione permanente denominato **Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM)** valuta le richieste di nuovi DM tenendo conto dell'eventuale presenza di altri prodotti e/o tecnologie già utilizzate per la prestazione sanitaria considerata, delle risorse economiche disponibili, dell'appropriatezza d'impiego e dell'opportunità di introdurre nella pratica clinica dell'AOUC gli interventi sanitari ad essi correlati. Gli obiettivi in questo ambito riguardano il rispetto delle **percentuali di aggiudicazione** di dispositivi medici sia delle gare in accordo quadro che di quelle con quote stabilite per aggiudicatario.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO 2022 (TARGET)	VALORE ANNO PREC (BASELINE)	FONTE DATI
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	PERC. MG RITUXIMAB ENDOVENA BIOSIMILARI AGGIUDICATARI DI GARA/ TOT. MG RITUXIMAB ENDOVENA (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 98 %	100	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	PERC. N. TRATTAMENTI RITUXIMAB SOTTOCUTE/ TOT. N. TRATTAMENTI RITUXIMAB (ENDOVENA + SOTTOCUTE)	< 20 %	18	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	PERC. MG TRASTUZUMAB ENDOVENA BIOSIMILARI AGGIUDICATARI DI GARA/ TOT. MG TRASTUZUMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 98 %	100	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	PERC. PZ. IN TRATTAMENTO CON TRASTUZUMAB SOTTOCUTE/ TOT. PZ. IN TRATTAMENTO CON TRASTUZUMAB (ENDOVENA + SOTTOCUTE)	< 20 %	1	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	PERC. UP ETANERCEPT SOTTOCUTE BIOSIMILARI AGGIUDICATARI DI GARA/ TOT. UP ETANERCEPT (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 98 %	97	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	PERC. UP ADALIMUMAB SOTTOCUTE BIOSIMILARI AGGIUDICATARIA DI GARA/ TOT. UP ADALIMUMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 98 %	97	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	PER. UP IMATINIB GENERICO/ TOT. UP IMATINIB (GENERICO+BRANDED) PER PZ IN DIMISSIONE	> 99 %	100	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	PERC. MG BEVACIZUMAB BIOSIMILARI AGGIUDICATARI DI GARA/ TOT. MG BEVACIZUMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR)	> 98 %	100	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	PERC. SOMMINISTRAZIONI BEVACIZUMAB INTRAVITREALE/ TOT. SOMMINISTRAZIONI FARMACI INTRAVITREALI CON INDICAZIONI SOVRAPPONIBILI	= 100 %	65	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	PERC. UP TERIPARATIDE BIOSIMILARI AGGIUDICATARI DI GARA/ TOT. UP TERIPARATIDE (BIOSIMILARE + BRANDED) PER PZ IN DIMISSIONE	> 95 %	100	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	PERC UP INFLIXIMAB BIOSIMILARI AGGIUDICATI/ TOT UP INFLIXIMAB	> 98 %	94	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	N. UP FARMACI ANTI TNF ALFA A BREVETTO SCADUTO/ N. UP FARMACI ANTI TNF ALFA TOTALI	> 95 %		CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	UP FARMACI BIOSIMILARI/EQUIVALENTI PRESCRITTI / TOT UP FARMACI BRANDED + BIOSIMILARI/EQUIVALENTI IN AMBITO TERRITORIALE	> 99 %		CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/EQUIVALENTE	DDD FARMACI ANTI TNF ALFA/ DDD TOT BIOLOGICI (ANTI TNF ALFA + VEDOLIZUMAB + OSTEKINUMAB)	> 70 %		CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	CORRETTA RICHIESTA CONSUMO FARMACI OFF LABEL SECONDO ACCESSO AL FONDO 5% O LEGGE 648	PERC. N. RICHIESTE OFF LABEL SECONDO CORSO OFF LABEL (FONDO AIFA 5% O LEGGE 648)/ TOT. RICHIESTE OFF LABEL	> 99 %	100	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	CORRETTO INSERIMENTO FARMACI NEL REGISTRO AIFA	PERC. RICHIESTE FARMACO CORRETTAMENTE INSERITE NEL REGISTRO AIFA/ TOT. N. FIALE INTRAVITREALI CONSEGNATE AL REPARTO	= 100 %	90	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	CORRETTO INSERIMENTO FARMACI NEL REGISTRO AIFA	PERC. PZ CORRETTAMENTE INSIRITI NEL REGISTRO E CON SCHEDE AIFA MEA CHIUSE/ TOT. PZ CON PRESCRIZIONI FARMACI A MONITORAGGIO AIFA	= 100 %	95	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	CORRETTO INSERIMENTO FARMACI NEL REGISTRO AIFA	VALUTAZIONE PERC. CORRETTA COMPILAZIONE REGISTRO MONITORAGGIO AIFA TERAPIE CART	= 100 %	100	CONSUMI COAN

APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	CORRETTO INSERIMENTO FARMACI NEL REGISTRO AIFA	PERC PZ. CON SCHEDE MULTIFARMACO (TEMPORALE AIFA) CORRETTAMENTE COMPILATA PER FARMACI SCLEROSI MULTIPLA IN AMBITO OSPEDALIERO/ TOT PZ CON SCLEROSI MULTIPLA TRATTATI CON FARMACI AD ESCLUSIVO USO OSPEDA	= 100 %		CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI SOMMINISTRATI OFF LABEL (fuori lista L.648, uso compas., fondo aifa 5%)	PERC. RICHIESTE FARMACI OFF LABEL	< 1.5 %	0,3	CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	ISTITUZIONE REGISTRO DI IMPIANTO	PERC. REGISTRAZIONE PAZIENTI NEL REGISTRO DI IMPIANTO	= 100 %		CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	ISTITUZIONE REGISTRO ESITO	PERC. REGISTRAZIONE PZ. CON INDICAZIONE ESITO	= 100 %		CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	RISPETTO AGGIUDICAZIONI DISPOSITIVI MEDICI	PERC. RISPETTO % DI GARA PER ACQUISTO DM	= 100 %		CONSUMI COAN
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	RISPETTO AGGIUDICAZIONI DISPOSITIVI MEDICI	PERC. RICHIESTE DISPOSITIVI NON AGGIUDICATI ESTAR	0%		CONSUMI COAN

PRODUTTIVITA'

Per la prima volta nel 2020, è stato introdotto nel sistema della performance aziendale un obiettivo di **produttività**, orientato a confrontare l'attività assistenziale erogata dalle strutture con le risorse di personale assegnate alle stesse, in modo tale da evidenziare eventuali squilibri e soprattutto supportare la Direzione Aziendale nelle **scelte allocative** legate a potenziali futuri investimenti. L'obiettivo per il primo anno, riproposto inalterato anche per gli anni successivi, coinvolge esclusivamente le strutture che erogano **attività ambulatoriale**, ma l'orientamento è quello di lavorare ad un progressivo affinamento dei parametri di riferimento che possa consentire una definizione più completa del modello e quindi una estensione di tale analisi in futuro anche alle SOD mediche e chirurgiche che erogano prestazioni di ricovero. L'indicatore è definito come rapporto, a livello di struttura, fra le ore dedicate all'assistenza specialistica, ottenute attraverso la definizione di tempi dichiarati dai professionisti coinvolti e le ore dovute (calcolate al netto di formazione, guardie, malattie, ferie etc...). Il **valore atteso si attesta sul 70%**, considerando una quota fisiologica di tempo di lavoro che non si traduce in attività assistenziale in senso proprio, ma che è dedicata a funzioni di tipo organizzativo e gestionale oltre che relazionale.

Di fondamentale importanza per la costruzione di tale indicatore è stata la collaborazione di tutti i professionisti coinvolti, con ciascuno dei quali è stato ripercorso il processo di lavoro, focalizzata la casistica ed analizzate le peculiarità che dovevano essere considerate al fine di arrivare ad una metrica coerente.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO 2022 (TARGET)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
PRODUTTIVITA'	RISPETTO TEMPO MINIMO DEDICATO ALL'ASSISTENZA	PERC. ORE DEDICATE ALL'ASSISTENZA	>70%	differenziato per struttura	SPA

SVILUPPO TELEMEDICINA

Obiettivo nuovo per l'anno 2021, riconfermato ed ampliato anche per il 2022, è quello di sviluppare le prestazioni di telemedicina, più nello specifico le televisite di controllo, in modo tale che rappresentino un elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale. Negli anni di diffusione della pandemia, un rinnovamento organizzativo e culturale teso alla diffusione, laddove possibile, della telemedicina, ha permesso sia di garantire la massima continuità assistenziale del paziente, sia di ridurre al minimo il rischio di diffusione del virus ad utenti, operatori e familiari. Tale modalità di contatto fra paziente e professionista tuttavia può essere utile anche al cessare della pandemia e rappresenta sicuramente, per alcuni ambiti e per alcune tipologie di pazienti, un nuovo canale che, se ben strutturato, può portare anche molti vantaggi all'utenza. E' stato pertanto richiesto alle diverse strutture dell'Azienda di garantire una **progressiva estensione e applicazione dell'utilizzo delle televisite di controllo** in tutti gli ambiti assistenziali in cui la telemedicina possa contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza e la continuità della presa in carico.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO 2022 (TARGET)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
SVILUPPO TELE-MEDICINA	INCREMENTO TELEVISITE DI CONTROLLO	% TELEVISITE DI CONTROLLO / TOT CONTROLLI	differenziato per struttura	differenziato per struttura	SPA

INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

I due anni di pandemia hanno reso ancor più evidente che il SSR ha bisogno di sviluppare sempre più **modelli di integrazione** tra ospedali e territorio per la gestione congiunta dei percorsi e per l'ottimizzazione dell'apporto dei soggetti con le funzioni tipiche delle proprie prerogative istituzionali. A tal fine sono stati introdotti per il 2022 alcuni obiettivi orientati a sviluppare intanto una maggiore comunicazione tra i professionisti ospedalieri ed i Medici di Medicina Generale. Si tratta infatti di segnalare i pazienti ricoverati ai **MMG** al momento dell'ammissione nei reparti, così come di segnalare ai MMG quando si svolgeranno gli incontri **GOM** nei quali richiedere una loro attiva partecipazione (obiettivo quest'ultimo proposto in via sperimentale solo per alcune strutture). A Careggi, la **cartella clinica informatizzata** in uso (Archimed per la gestione del ricovero/Archiamb per gli accessi ambulatoriali) consente già infatti la diretta comunicazione tra i professionisti dell'Azienda e quelli del territorio i quali, se messi in contatto tra loro, possono scambiarsi informazioni molto utili per garantire la migliore cura e la migliore gestione del percorso del paziente.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO 2022 (TARGET)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	SEGNALAZIONE PZ RICOVERATI AI MMG	PERC. PZ RICOVERATI SEGNALATI AL MMG/ PZ. DIMESSI	100	66%	CARED

QUALITA' DEI SERVIZI

Dopo aver inserito nel budget, in modo graduale negli anni, obiettivi sui costi, sull'efficienza, sull'appropriatezza ed anche sugli esiti, abbiamo cominciato a lavorare anche sull'ambito relativo alla valutazione della qualità dei servizi che riteniamo essenziale per fornire all'Azienda un ritorno rispetto alla propria capacità di offrire risposte adeguate ai bisogni. Come punto di partenza, è stato ritenuto opportuno partire dalla **qualità percepita dei pazienti**. E' stato pertanto richiesto ai professionisti sanitari di dare le più adeguate informazioni ai pazienti ricoverati al fine di ottenere la massima adesione alle indagini PREMs e PROMs. Si tratta di **sondaggi** elaborati e trattati a cura del **Laboratorio MES** già da

diversi anni, con il tempo migliorati in molti aspetti; primo fra tutti il fatto che si tratta di indagini non più campionarie ma sistematiche, quindi estese a tutti i pazienti e permanenti, che consentono quindi a ciascun professionista, accedendo alla piattaforma, di verificare in ogni momento quanto riportato dai pazienti. Questa impostazione permette di acquisire così consapevolezza delle eventuali criticità ma anche delle eccellenze di cui possa essere stata raccolta preziosa testimonianza diretta da condividere con gli operatori coinvolti per lavorare anche sulla **motivazione** e sul **senso di appartenenza**, fondamentali motori della qualità.

L'indagine **PREMs (Patient-Reported Experience Measures)** mira alla rilevazione sistematica dell'esperienza di ricovero ordinario riportato dai pazienti nella sanità toscana. La partecipazione e la disponibilità a raccontare la propria esperienza durante il ricovero ospedaliero, potrà dare un contributo al processo di miglioramento continuo all'interno di ciascuna azienda. Fondamentale tuttavia è il ruolo dei professionisti sanitari che devono non solo informare i pazienti ma **promuovere questa iniziativa** coinvolgendoli nella condivisione del suo scopo ultimo, in modo da garantire che il flusso di dati disponibili sia alimentato in modo completo e costante. L'indagine PREMs in quanto permanente e sistematica deve essere proposta a tutta la popolazione dei pazienti dimessi dal servizio di ricovero ordinario. La somministrazione dei questionari è totalmente digitale ed i risultati dell'indagine sono riportati tempo reale in una piattaforma web dedicata accessibile dai professionisti.

L'indagine **PROMs (Patient-Reported Outcome Measures)** misura invece gli esiti riportati dai pazienti relativamente ad alcuni percorsi assistenziali di tipo chirurgico (chirurgia ricostruttiva post-mastectomia, chirurgia oncologica robotica, chirurgia del ginocchio e dell'anca) e di tipo medico (scompenso cardiaco). Si tratta anche in questo caso della raccolta di informazioni determinanti per valutare tutti quegli outcome che non possono essere rilevati soltanto con le metriche relative alla mortalità o agli accessi ripetuti, già in uso da tempo. Si tratta infatti di indagare piuttosto sulla qualità della vita dopo il percorso terapeutico affrontato in termini di **autonomia, di mobilità, di gestione del dolore, di tempi di recupero**. Tutte informazioni di fondamentale importanza per comprendere quanto le prestazioni erogate dall'Azienda possano aver impattato non semplicemente sulla sopravvivenza del paziente ma sul miglioramento del benessere e della qualità della vita, quali approcci alla salute molto più vicini a quelli definiti anche dall'OMS.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO 2022 (TARGET)	VALORE ANNO PRECEDENTE (BASELINE)	FONTE DATI
QUALITÀ DEI SERVIZI	QUALITÀ PERCEPITA: ADESIONE INDAGINE PREMs SU RICOVERO ORDINARIO	PERC. DIMESSI CONTATTABILI PER INDAGINE PREMs/ TOT. PZ DIMESSI (TASSO ADESIONE)	>70%	1%	CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA
QUALITÀ DEI SERVIZI	QUALITÀ PERCEPITA: ADESIONE INDAGINE PROMs SU RICOVERO ORDINARIO	PERC. DIMESSI CONTATTABILI PER INDAGINE PROMs/ TOT. PZ DIMESSI (TASSO ADESIONE)	>70%	1%	CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

RICERCA

Il tema della misurazione e della valutazione dell'attività di ricerca dei professionisti è stato più volte negli anni al centro di riflessioni sull'impostazione dei sistemi di rilevazione della performance di una struttura ospedaliero universitaria come la nostra. Fatti salvi i sistemi di valutazione della ricerca utilizzati nel mondo universitario, nel nostro ambito è necessario definire un sistema equilibrato di indicatori che sia in grado di valorizzare tutti gli apporti; sia dei docenti in afferenza assistenziale che dei dirigenti medici e sanitari dell'azienda. La definizione esatta delle metriche necessarie a costruire un

sistema di indicatori solido affidabile e condiviso è infatti materia complessa, proprio perché anche l'ambito della ricerca spazia dalla partecipazione ai bandi per ottenere finanziamenti, alla promozione o conduzione di studi clinici fino alla redazione di pubblicazioni per diffondere le conoscenze acquisite in ambito scientifico.

Con l'ottica di accogliere per l'anno 2022 questa esigenza di cui la Direzione Aziendale condivide lo scopo ultimo, senza tuttavia avventurarsi nella costruzione di indicatori poco rappresentativi o significativi, o peggio distorti rispetto al reale contributo alla ricerca, si è deciso di impostare l'obiettivo strategico proprio sulla **costituzione di un tavolo di lavoro specifico** che lavori sull'analisi della tematica per arrivare a strutturare un paniere di indicatori coerenti con il modello organizzativo aziendale e con il reale apporto delle strutture alla ricerca.

La richiesta nei confronti dei professionisti è mirata dunque alla partecipazione attiva ai lavori di questo tavolo ed alla condivisione di quanto potrà emergere per validare il modello e renderlo utilizzabile nei prossimi anni.

REALIZZAZIONE CENTRI CHIRURGICI FUNZIONALI AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

L'Azienda sta strutturando un nuovo modello organizzativo per le attività chirurgiche, realizzando **un riordino funzionale dell'offerta** aziendale secondo un orientamento che mira alla **differenziazione** delle attività tra le diverse chirurgie ad all'attribuzione delle competenze secondo una casistica distintiva. Le evidenze scientifiche mostrano infatti come la concentrazione delle prestazioni in relazione a casistiche definite, migliori in modo significativo gli outcome sia intermedi che finali e assicuri maggiore qualità e sicurezza delle cure, grazie alla **progressiva specializzazione** dei professionisti all'interno delle discipline. I diversi settori specialistici vengono pertanto articolati in ambiti ultraspecialistici all'interno dei quali ciascuna struttura chirurgica assume le funzioni di **riferimento unico per la specifica casistica**. Tale processo di riorganizzazione vedrà coinvolte, a partire dal 2022, dapprima le chirurgie generali, poi le chirurgie specialistiche.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO 2022 (TARGET)	FONTE DATI
GOVERNO DELLA CASISTICA	ACCENTRAMENTO CASISTICA ELETTIVA CHIRURGIE GENERALI	PERC. CASISTICA ELETTIVA SPECIFICA DELLA SOD/ TOT. CASISTICA ELETTIVA SPECIFICA	80	SDO

IMPLEMENTAZIONE E UTILIZZO CUP 2.0

Nel corso del 2022 è prevista l'implementazione anche presso l'Azienda del CUP unico regionale (software **CUP 2.0**) che permetterà di prenotare le prestazioni specialistiche su un'unica piattaforma regionale cumulativa **dell'offerta pubblica** di tutte le aziende. Lo strumento prevede anche funzioni accessorie, tra cui la **gestione on-line** di prenotazione e disdetta, per rendere il sistema maggiormente fruibile agli utenti. In tal modo peraltro l'Azienda si uniforma a tutte le altre aziende sanitarie toscane che vi hanno già aderito.

CO-MANAGEMENT NELLA GESTIONE DEL PERCORSO PERI OPERATORIO

L'obiettivo prevede l'adozione estesa del **modello organizzativo di co-management** del percorso perioperatorio tra internista e chirurgo o interventista, avendo evidenziato la letteratura degli ultimi anni l'efficacia sia nel miglioramento degli outcome clinici, sia nell'utilizzo efficiente delle risorse.

APPROCCIO ERAS ESTESO

E.R.A.S (Enhanced Recovery After Surgery) è un percorso di cure perioperatorie multimodale, progettato per ottenere il **recupero precoce dei pazienti sottoposti a chirurgia maggiore**. Coinvolge più figure professionali (chirurgo, anestesista, dietista, infermiere, psicologo, fisioterapista, OSS) che, insieme, gestiscono il percorso del paziente applicando le pratiche cliniche più moderne e basate sulle evidenze scientifiche, in sostituzione di quelle tradizionali. L'obiettivo è quello di sostenere l'estensione dell'approccio ERAS di gestione clinica avanzata per l'ottimizzazione del percorso perioperatorio quale standard di cura per la chirurgia maggiore.

CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

Nel 2019 è stato avviato il progetto "Careggi sorveglianza" che ha visto coinvolte tutte le strutture di area medica valutando l'aderenza delle stesse al progetto di sorveglianza dei batteri multiresistenti agli antibiotici.

GESTIONE OPERATIVA 2.0

Nell'Azienda è stata creata la struttura **Direzione Operativa** con il nuovo atto aziendale del 2014. Dopo diversi anni di funzionalità si ritiene di poter ulteriormente sviluppare la gestione operativa quale funzione avanzata a supporto del perseguimento **dell'efficiente utilizzo degli assett produttivi**, siano essi posti letto, sale operatorie o ambulatori. Per quanto riguarda l'ottimizzazione della produzione chirurgica in elezione, dovrà essere sviluppata la modalità di "**scheduling**", mentre per i blocchi operatori dovrà essere **migliorata l'efficienza**, obiettivo che devono perseguire anche chirurgie, anestesie e personale del comparto di sala, attraverso il miglioramento dell'orario di arrivo del paziente, dell'orario di prima incisione e dei tempi di cambio.

PROGETTUALITA' INTEGRATE 2022-2024

Agli obiettivi di budget descritti sopra, si aggiungono anche gli obiettivi strategici contenuti nel **Programma delle progettualità integrate 2022-2024** (Prov.D.G.n.688 del 07/12/2021), da declinare progressivamente in obiettivi operativi ed indicatori in coerenza con lo sviluppo delle fasi inerenti le diverse progettualità. Alcune di queste potranno vedere la realizzazione nel triennio, per altre potrà essere necessario anche un orizzonte temporale più ampio.

Il Programma intende, da un lato, tesaurizzare esperienze e strumenti già realizzati/messi a punto negli ultimi anni, dall'altro, sperimentare nuove modalità di lavoro, sulla base delle sollecitazioni provenienti dalle evoluzioni in ambito clinico, tecnologico e organizzativo. La finalità generale è quella di supportare l'intera linea di produzione in un momento di forte cambiamento del quadro di riferimento: le diverse componenti aziendali (strutture direzionali, articolazioni cliniche e assistenziali, strutture tecnico amministrative) opereranno sinergicamente nel costruire e/o aggiornare gli strumenti organizzativi e le competenze necessarie a cogliere le opportunità e ad ottenere la visibilità ed il riconoscimento dovuto nel contesto internazionale. Gli **obiettivi strategici** previsti sono:

- **Riorganizzazione e digitalizzazione** di processi gestionali, clinico assistenziali e amministrativi;
- **Ottimizzazione delle risorse e degli asset** per adeguare l'offerta alla domanda, anche tramite modelli di previsione in considerazione di eventuali eventi pandemici;
- **Innovazione organizzativa** e sviluppo di nuove competenze per la gestione del cambiamento;
- **Valorizzazione della sinergia con UniFI**, mediante la condivisione di strategie di sviluppo allo scopo di incrementare la collaborazione nel riconoscimento reciproco delle specifiche finalità

istituzionali e condividere strategie, sia in fase progettuale che attuativa, rispetto ai settori da sviluppare.

Più nello specifico i **progetti da realizzare negli anni 2022-2024** sono:

CAMPUS A MISURA D'AMBIENTE

- **Green Campus:** il progetto è rivolto alla riqualificazione della viabilità interna, realizzando in collaborazione con il Dipartimento di Architettura di UniFI una viabilità sostenibile attraverso la progettazione e la realizzazione di un ambiente integrato sostenibile per dipendenti/pazienti/visitatori.
- **Campus eco-sostenibile:** il progetto è rivolto a ridurre l'impatto ambientale ed a promuovere la salute pubblica anche attraverso la realizzazione di interventi orientati ad un utilizzo appropriato delle fonti energetiche e ad un maggiore apporto delle energie rinnovabili. La progettualità è riferita a: introduzione di impianti di illuminazione a basso consumo ed automatizzati; introduzione di soluzioni per il risparmio idrico; riduzione dell'uso della plastica e della carta; potenziamento nell'uso dei mezzi elettrici all'interno dell'Azienda; orientamento della ristorazione collettiva ospedaliera verso l'approvvigionamento a filiera corta e la promozione di regimi alimentari equilibrati; adesione al network internazionale di ospedali e strutture sanitarie GGHH (Global Green and Healthy).

SVILUPPO NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI

- **Realizzazione del Nuovo Centro Oncologico di AOUC:** il progetto ha lo scopo di favorire un'organizzazione sinergica nella gestione del paziente, per accompagnarlo nel percorso di cura con i più alti livelli di qualità interprofessionale e multidisciplinare.
- **Interprofessionalità e microsistemi:** il progetto ha come scopo la traduzione organizzativa ed operativa del concetto di "shared decision making", per potenziare le sinergie tra i diversi apporti professionali e migliorare il coordinamento tra i soggetti coinvolti nei percorsi di cura ed assistenza. Si prevede pertanto la ridefinizione di un modello organizzativo di cura e assistenza che rafforzi la collaborazione interprofessionale secondo i principi del "Clinical Microsystems Approach".
- **Servizi "a misura di paziente":** il progetto ha come finalità la migliore caratterizzazione dell'offerta per rispondere con più efficacia alla domanda, soddisfare maggiormente l'utenza ed ottenere migliori standard di fornitura ed erogazione dei servizi in termini di accessibilità e fruizione. Si prevede pertanto la ridefinizione delle aggregazioni funzionali di servizi e competenze per avvicinare i pazienti ed i cittadini facilitando la "lettura" dell'offerta aziendale e migliorando la "navigazione" degli utenti all'interno dei percorsi.

SVILUPPO NUOVI SETTORI DI ATTIVITA'

- **Polo per l'Emergenza Urgenza:** il progetto consentirà il completamento del Polo per l'Emergenza Urgenza con il trasferimento di attività nel Padiglione F e la realizzazione del nuovo Trauma Center.
- **Centri e percorsi di cura interaziendali:** il progetto è rivolto allo sviluppo ulteriore di modelli organizzativi strutturati, che consentano collaborazioni efficaci interorganizzative mediante la realizzazione di ulteriori Centri interaziendali dedicati a specifici ambiti di attività (in particolare per il Trapianto di rene e fegato pediatrici e la Neonatologia con la AOU Meyer) e l'estensione dei percorsi integrati con AUSL Toscana Centro e la AOU Meyer. Potranno essere previsti anche percorsi interaziendali con aziende di altre Aree Vaste.
- **Centro per l'assistenza e la ricerca per le infezioni da MDR ad alta complessità:** il progetto ha come scopo quello di capitalizzare le competenze presenti in Azienda nell'ambito della prevenzione

e controllo delle infezioni, diagnosi microbiologica e gestione della sepsi, mediante la realizzazione di un centro di eccellenza rivolto alla erogazione di risposte clinico assistenziali di elevata qualità, alla ricerca ed alla formazione.

SVILUPPO DI FUNZIONI AZIENDALI

- **Supporto alla ricerca clinica:** il progetto ha come finalità quella di realizzare interventi per sostenere la ricerca e l'innovazione come attività intrinseche alla missione aziendale.
- **Stewardship antimicrobica 2.0:** il progetto ha come scopo quello di sviluppare ulteriormente il modello aziendale che rappresenta uno strumento fondamentale per il contenimento dell'uso non appropriato di antimicrobici e, quindi, della diffusione di ceppi multi-resistenti.
- **Gestione delle dimissioni complesse:** il progetto è rivolto alla ridefinizione e aggiornamento, in collaborazione con la AUSL Toscana Centro del processo di dimissione ospedaliera dei pazienti che presentano bisogni assistenziali complessi.

RIORGANIZZAZIONE DI AREE DI ATTIVITA'

- **Riorganizzazione della rete dei laboratori aziendali:** il progetto è finalizzato alla revisione dell'assetto organizzativo dell'offerta di diagnostica laboratoristica per migliorare la gestione delle risorse secondo principi di flessibilità, efficienza ed ottimizzazione, senza ridurre la qualità delle prestazioni erogate.
- **Biobanche aziendali:** il progetto ha come finalità l'attuazione a livello aziendale delle indicazioni della Delibera GRT n.1009/2020 "Riordino del sistema regionale delle Biobanche" per promuovere e sviluppare l'integrazione delle Biobanche Terapeutiche e di Ricerca e conseguire un impianto organizzativo funzionale alla collezione di campioni biologici e dati al fine di una loro integrazione utile a generare informazioni di impatto preventivo e clinico mediante l'interoperabilità e il data sharing, nel rispetto delle norme generali sulla protezione dei dati personali.
- **Riorganizzazione dell'accesso ai percorsi specialistici outpatients:** il progetto è rivolto ad assicurare una maggiore fruibilità dell'offerta aziendale di prestazioni specialistiche che consenta di valorizzare gli apporti specialistici propri dell'AOU.

SVILUPPO NUOVI SERVIZI DI SUPPORTO

- **Comunicazione e promozione dell'Azienda:** il progetto ha come scopo quello di sviluppare una strategia di "brand awareness" e potenziare i canali comunicativi interni ed esterni per facilitare la fruibilità delle risposte di eccellenza presenti in Azienda da parte dei pazienti. E' altresì orientato a sviluppare una comunicazione interna ed esterna efficace per "aprire" all'esterno Careggi in modo nuovo promuovendo ed informando sulle eccellenze presenti, facilitando dunque la diffusione delle informazioni.
- **E-health (interoperabilità, digital-pathology, televisite e teleconsulto, m-health):** il progetto ha come finalità quella di sviluppare ulteriormente a livello aziendale l'eHealth in ambito medico mediante il potenziamento delle procedure e delle tecnologie che possono apportare miglioramenti alla qualità dei servizi sanitari offerti ai pazienti.
- **Gestione smart del sistema documentale aziendale:** il progetto ha come scopo quello di assicurare una gestione agile del sistema documentale, recuperandone gli elementi a valore per l'orientamento sulla distribuzione delle responsabilità ed il supporto alle decisioni.
- **Ottimizzazione di compiti amministrativi time consuming per il personale sanitario ("Releasing time to care"):** il progetto ha come scopo quello di analizzare la possibilità di ridurre le attività non a valore.
- **Facility management della libera professione intramoenia:** Il progetto ha come finalità l'adeguamento della disponibilità di infrastrutture idonee per l'ALPI in regime di ricovero per aumentare l'attrattività aziendale.

SVILUPPO E ACQUISIZIONE NUOVE COMPETENZE

- **Analisi e mappatura delle competenze:** il progetto ha come scopo quello di introdurre strumenti per la gestione delle competenze nell'ambito dell'attribuzione di compiti, funzioni e livelli di responsabilità, così come nell'ambito della valutazione individuale e della pianificazione formativa.
- **Formazione in simulazione:** il progetto ha la finalità di promuovere ulteriormente, in collaborazione con la Scuola di Scienze della Salute Umana, lo sviluppo dell'offerta aziendale di formazione specialistica ed ultra-specialistica basata sulla simulazione per lo sviluppo delle abilità dei professionisti sanitari.
- **Competenze socio-emotive:** la progettualità è riferita alla formazione mirata legata allo sviluppo personale delle competenze socio-emotive. In particolare si concentra sulla rimozione delle barriere e sulla individuazione di facilitatori della SDM (Sharing decision-making) nel contesto ospedaliero attraverso la formazione continua in SDM ed in comunicazione relazionale.
- **Coinvolgimento del paziente:** il progetto è rivolto alla realizzazione di partnership con pazienti, familiari, associazioni o comunità con i professionisti ai vari livelli dell'organizzazione.

PERFORMANCE INDIVIDUALE: OBIETTIVI 2022

Gli obiettivi individuali sono sviluppati e assegnati nel rispetto delle disposizioni normative contrattuali vigenti e in coerenza con il documento "Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance" dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi.

Per il personale operante nei vari contesti aziendali, tenuto conto della necessità di gestire un'ampia platea con un processo non ancora informatizzato e di utilizzare fonti dati aziendali facilmente accessibili, gli obiettivi individuali vengono definiti, al momento, a livello centrale secondo criteri di trasversalità e omogeneità.

L'Azienda ritiene che una corretta gestione delle relazioni interpersonali e la tenuta di una buona armonia nel gruppo di lavoro sia condizione necessaria per garantire il benessere e la soddisfazione degli operatori e dunque anche migliori performance. Saper prendersi cura della comunità e delle persone a 360 gradi è quindi un importante punto di arrivo, rispetto al quale l'Azienda si impegna a mettere a disposizione tutti i possibili strumenti di crescita personale e professionale, in modo tale che il miglioramento di queste competenze relazionali possa essere investito a vantaggio di sé, del proprio gruppo di lavoro e degli utenti. A tal fine l'Azienda ha ritenuto opportuno sviluppare nel 2022, per tutto il personale, un obiettivo formativo, da strutturare come corso FAD, per il benessere della persona, attraverso un approccio di base alla meditazione quale tecnica di potenziamento della consapevolezza, della concentrazione, della creatività e dell'equilibrio interiore, che permette di acquisire e affinare un'attitudine di attenzione e sensibilità alle emozioni a tutto vantaggio anche delle migliori performance. Tale attitudine rappresenta infatti una competenza trasversale e centrale ed è uno dei fondamenti di una matura capacità di prendersi cura di sé e di relazionarsi con gli altri in modo costruttivo ed equilibrato.

DIGITALIZZAZIONE: OBIETTIVI 2022

Relativamente alla digitalizzazione, l'Azienda ha posto in essere già da diversi anni numerose azioni in modo da agevolare la fruizione dei servizi da parte degli utenti, dei dipendenti e dei cittadini. Abbiamo già illustrato nella sezione 2 i contenuti dettagliati del Piano di Digitalizzazione Aziendale.

Di seguito riportiamo solo una sintesi delle azioni da realizzare nel corso del 2022.

INTERVENTI DI DIGITALIZZAZIONE A BENEFICIO DEGLI UTENTI

- **Accettazione e pagamento prestazioni (Cup 2.0):** il progetto prevede l'installazione di totem destinati ad informazione, accettazione dematerializzata e pagamento delle prestazioni.
- **Erogazione televisite:** servizio già operativo per alcuni settori di interesse da estendere a tutte le specialità anche grazie all'adozione di specifiche piattaforme dedicate.
- **Visualizzazione prestazioni e referti non disponibili su fascicolo sanitario elettronico (Portale utente):** realizzazione di un portale per il cittadino sul quale, attraverso un login sicuro, offrire tutti i servizi non già disponibili in maniera dematerializzata.
- **Rilascio consenso informato:** funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino.
- **Richiesta cartelle cliniche:** funzionalità aggiuntiva che permette di richiedere in maniera dematerializzata, previo pagamento del servizio, copia conforme della Cartella Clinica del paziente.

INTERVENTI DI DIGITALIZZAZIONE A BENEFICIO DEI DIPENDENTI

- **Gestione documentazione:** definizione di un servizio cloud aziendale per mantenere in maniera sicura e con piena accessibilità interna ed esterna tutta la documentazione utile al proprio lavoro.
- **Cartella clinica Ricovero:** funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino.
- **Cartella Clinica ambulatoriale:** funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino.
- **Gestione vetrino digitale anatomia patologica:** introduzione del concetto di vetrino digitale per l'Anatomia Patologica in modo da avere un percorso completamente digitalizzato.
- **Accesso da remoto ai sistemi per attivazione Smart working:** funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino, per l'accesso ai servizi utili al lavoro agile per quei cittadini che risultino anche dipendenti dell'Azienda.
- **Portale dipendente (fascicolo personale):** funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino, specifica solamente per i cittadini che risultano anche dipendenti.
- **Gestione corsi formazione:** funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino, specifica solamente per i cittadini che risultano anche dipendenti.



INTERVENTI DI DIGITALIZZAZIONE A BENEFICIO DEI CITTADINI

Accesso agli atti: funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino.

INTERVENTI DI DIGITALIZZAZIONE A BENEFICIO DEI CITTADINI ED UTENTI

Presentazione reclami o ringraziamenti: funzionalità accessoria aggiuntiva nel portale per il cittadino.

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente sezione del PIAO è dedicata alla strategia aziendale di protezione del valore pubblico attraverso il contenimento del rischio corruttivo.

PROCESSO E MODALITA' DI PREDISPOSIZIONE DELLA SEZIONE DEL PIAO

La presente sezione è stata predisposta dal Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e per la promozione della Trasparenza (RPCT) nominato dal Direttore Generale (atto del n. 162 del 1/3/2022), in coerenza con le linee strategiche definite dalla Direzione Aziendale e con gli obiettivi di performance.

Nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale è possibile consultare i documenti che integrano la presente sezione:

https://www.aoucareggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=3451&catid=92&Itemid=909&lang=it

SOGGETTI COINVOLTI

Di seguito si riportano schematicamente i soggetti coinvolti nella gestione del rischio corruttivo e della trasparenza con una sintetica definizione delle specifiche funzioni.



L'**Organo di indirizzo** definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale.

Il **Responsabile per la Prevenzione della Corruzione** e per la promozione della trasparenza e integrità (RPCT) ha il compito di proporre alla Direzione Aziendale un piano per il contenimento del rischio corruttivo, verificarne l'attuazione, curare la formazione del personale in materia e verificare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte delle strutture interessate.

Nell'analisi valutativa della proposta che precede la sua presentazione alla Direzione Aziendale, **il RPCT è coadiuvato dal Gruppo strategico**, composto dai Responsabili delle macroaree di attività aziendali e coordinato dal Direttore Amministrativo.

I direttori/responsabili di struttura e gli altri referenti da essi individuati costituiscono la **rete** che connette i diversi ambiti di responsabilità e attività nella gestione del rischio corruttivo. Tale rete supporta il RPCT nelle attività di programmazione, attuazione e monitoraggio delle misure.

In particolare, i direttori/responsabili di struttura sono tenuti, nell'ambito delle articolazioni organizzative di competenza, a promuovere la formazione e la diffusione della cultura organizzativa basata sull'integrità, a rispondere dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate, tenendo conto in sede di valutazione delle performance del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione delle stesse.

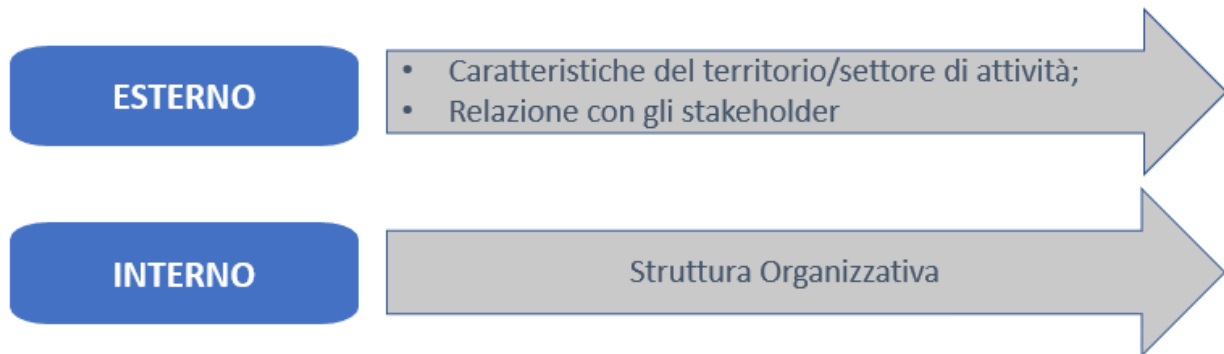
I dipendenti dell'Azienda, il personale universitario in afferenza ed i collaboratori a qualsiasi titolo, partecipano attivamente alla gestione del rischio e sono tenuti, in particolar modo, ad attuare le misure di prevenzione programmate e segnalare eventuali casi di illecito e di conflitto di interessi.

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

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

ANALISI DEL CONTESTO

L'analisi del contesto è necessaria per comprendere le caratteristiche che possono favorire rischi corruttivi strutturali e congiunturali, sia in relazione all'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'Azienda opera, sia in relazione all'organizzazione interna.



ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno, necessaria per comprendere le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'Azienda opera, evidenzia che la criminalità organizzata in senso tradizionale non ha un effettivo radicamento in Toscana, che, tuttavia, è una delle regioni più ambite per il riciclaggio ed altre attività illecite, compresi i reati finanziari. (Per un'analisi dettagliata si veda il "Rapporto corruzione e criminalità in Toscana").

Diversi **fattori potenzialmente in grado di accrescere il rischio corruzione** hanno avuto un'amplificazione nello scorso biennio e, in particolare, durante la fase acuta della pandemia. La **gestione emergenziale dei processi di approvvigionamento** ha elevato il grado di discrezionalità dei processi decisionali, accelerato e semplificato le procedure di approvvigionamento di beni, servizi e personale, generando un ricorso estensivo a meccanismi più esposti al rischio di condizionamenti impropri, quali l'affidamento diretto.

La debolezza dei controlli, la rapidità della diffusione del contagio e la conseguente **esigenza di accentramento delle scelte** delegate ai vertici delle centrali di committenza, sono segnalate come fattori di crescita del rischio corruzione nella pandemia.

Dal sondaggio Demos condotto nel novembre 2020 (seconda ondata dei contagi) è emerso che un'ampia fascia della popolazione dei cittadini (58%) percepisce il fenomeno della corruzione capillare e sistemica, solo come equivalente con il più grande scandalo della storia d'Italia; quello di "mani pulite". Nella quasi totalità dei casi (89%) la natura dei meccanismi che hanno fatto emergere le vicende di corruzione non appare univocamente determinata e marginale risulta essere il rilievo dei whistleblowers (meno dell'1% dei casi) e la segnalazione dei soggetti danneggiati (6,5%).

Oggi è possibile pensare che fattori di potenziamento delle attività criminali nel settore della sanità pubblica possano essere:

-la transizione verso la fase post-pandemica;

-l'aumentata capacità di spesa, data **l'ingente mole di risorse finanziarie stanziata per l'attuazione delle misure contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**, in particolare quelle relative alla c.d. Missione 6C2 "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale";

-**la semplificazione dei processi**, che è funzionale alla realizzazione degli obiettivi del PNRR, ma qualora non ben presidiata può portare verso la deresponsabilizzazione amministrativa anziché al rafforzamento della capacità funzionale della P.A., della qualità e della trasparenza della sua azione.

Anche **le situazioni generate dall'evento bellico in corso e la necessaria gestione delle stesse nella fase post-bellica** potrebbero aumentare le opportunità della criminalità nelle attività imprenditoriali e finanziarie. L'Ocse nel suo Report di valutazione degli impatti e delle implicazioni politiche della guerra in Ucraina ha sottolineato che "la portata dell'impatto economico del conflitto è molto incerta e dipenderà in parte dalla durata della guerra e dalle risposte politiche, ma è chiaro che la guerra risulterà in un sostanziale freno a breve termine sulla crescita globale e in pressioni inflazionistiche significativamente più forti". Il rapido flusso di rifugiati in Europa richiederà una spesa per l'assistenza sociale e abitativa, fornitura di cibo, assistenza medica, assistenza ai bambini e istruzione difficile da prevedere a causa dell'incertezza sul numero di rifugiati, la durata del loro soggiorno e l'ammontare della spesa per rifugiato".

È indispensabile allora che l'Azienda innalzi l'attuale soglia di attenzione con il controllo della regolarità delle procedure e delle spese mediante l'adozione delle misure atte a garantire che l'impiego delle risorse avvenga nel rispetto dei principi di sana gestione finanziaria, di assenza di conflitti di interessi, di frodi e corruzione, oltre che nella consapevolezza dei rischi insiti nel c.d. ciclo della sanità (costruzione e ristrutturazione di insediamenti ospedalieri, produzione e distribuzione di apparati tecnologici, di equipaggiamenti e di prodotti medicali, smaltimento di rifiuti speciali, sanificazione ambientale o servizi di onoranze funebri).

Risultano inoltre da evidenziare:

- il fenomeno poco sommerso ma assai percepito di una **forma radicata di corruzione sistemica negli incarichi e nomine, nei concorsi pubblici, nell'occultamento di contropartite e retribuzioni indebite nei rapporti dei professionisti con i soggetti privati** (sponsorizzazioni, finanziamenti di eventi, congressi, benefit personali);
- la necessità di rafforzare gli strumenti di prevenzione diffusa e di controllo sociale sugli abusi di potere, quali il monitoraggio, l'accesso civico e la formazione per rafforzare la cultura dell'integrità.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno è necessaria per il mantenimento di un adeguato livello di controllo dei processi esposti a elevato rischio corruttivo, mediante l'identificazione delle aree potenzialmente più esposte (**mappatura dei processi**), la valutazione e il trattamento degli stessi con adeguate misure di contenimento.

Negli ultimi due anni è stato necessario modificare numerosi processi interni per rispondere alle esigenze derivanti dal contesto esterno (semplificazione delle procedure di acquisto e di acquisizione del personale, conduzione della sperimentazione e ricerca, revisione degli assetti organizzativi, introduzione del lavoro agile, ecc.).

Nel 2021 il numero dei processi analizzati è stato fortemente influenzato dalla situazione oggettiva dovuta alla pandemia tuttora in corso, durante la quale moltissime strutture, soprattutto quelle sanitarie, sono state impegnate nel fronteggiare l'emergenza. In conseguenza di ciò e anche in considerazione delle nuove esigenze correlate ai piani innovativi e alle modificazioni organizzative operate, occorre che nel triennio 2022-2024 l'Azienda prosegua la mappatura dei processi, l'**individuazione degli eventi rischiosi**, il loro **trattamento** e il **monitoraggio dell'efficacia dei fattori di contenimento del rischio**.

Ai fini della protezione del Valore Pubblico per cui sono funzionali gli obiettivi di *performance*, **assume importanza fondamentale il tema della formazione.**

Un'ampia e approfondita conoscenza del tema della corruzione all'interno della Pubblica Amministrazione, e di tutte le *“varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati”*, ovvero di tutte *“le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite”* (Piano Nazionale Anticorruzione adottato nel 2013), è, di per sé, un **efficace antidoto alla corruzione e alla maladministration.**

OBIETTIVI GENERALI

In considerazione della visione strategica per la realizzazione della *mission* aziendale e dei principi che la fondano, l'Azienda ha definito, a protezione del Valore Pubblico incrementato dagli **obiettivi strategici e operativi** di performance programmati per l'anno **2022 e sopra illustrati**, i seguenti obiettivi generali in materia di contrasto alla corruzione:

- sviluppo e garanzia di una formazione e sensibilizzazione efficace dei dipendenti;
- implementazione delle buone pratiche, diffusione dell'etica pubblica e dell'integrità all'interno dell'organizzazione aziendale, anche mediante l'ottimizzazione di scambi di rete tra la Regione, le Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Toscana e i Gruppi di confronto nazionali;
- presidio sui rapporti pubblico-privato per assicurare la preminenza dell'interesse pubblico nelle collaborazioni;
- maggiore trasparenza nella integrazione tra Azienda e Università;
- aggiornamento dei processi organizzativi aziendali;
- sviluppo degli indicatori di rischio di corruzione e strumenti per la valutazione di efficacia delle misure scelte per mitigare i rischi corruttivi;
- identificazione e valutazione di eventuali settori più vulnerabili ai rischi corruttivi;
- intervento prioritario nelle situazioni in cui emergano comportamenti corruttivi o di mala amministrazione, anche a seguito di indagini dell'autorità giudiziaria;
- rafforzamento della Rete anticorruzione;
- partecipazione ai lavori del Forum per l'integrità in sanità secondo il Protocollo di adesione sottoscritto dall'Azienda il 4/11/2020 (provvedimento del Direttore Generale n. 512 del 14/10/2020).

OBIETTIVI SPECIFICI

Obiettivi operativi del triennio 2022-2024 sono:

Ambito di attività	Misura/obiettivo	Area di riferimento	Struttura/Funzione responsabile dell'obiettivo	Conseguimento
Strumenti di analisi e presidio	Predisposizione del Catalogo dei processi aziendali (identificazione e sintetica descrizione dei processi che lo compongono)	Staff Direzione aziendale	Gruppo Strategico U.O. Controlli Interni Integrati UU.OO. Amministrative e tecniche	31/12/2022
Strumenti di analisi e presidio	Implementazione del Registro degli eventi rischiosi	Staff Direzione aziendale	Gruppo Strategico U.O. Controlli Interni Integrati UU.OO. Amministrative e	31/12/2022

			tecniche	
Trasparenza	Redazione del Regolamento integrato in materia di accesso civico semplice, generalizzato e accesso documentale	Staff Direzione aziendale	RPCT U.O. Controlli Interni Integrati	31/12/2022
Gestione segnalazioni	Attivazione del nuovo software "Whistleblowing intelligente" per la gestione e conservazione criptata delle segnalazioni dei whistleblower	Area Innovazione Controllo e Qualità	RPCT U.O. Sviluppo e B.P.R.	31/12/2022
Rotazione personale	Aggiornamento delle indicazioni aziendali in materia di rotazione ordinaria e straordinaria sulla base delle linee guida regionali	Staff Direzione aziendale	Politiche del Personale	31/12/2022
Trasparenza rapporti con UniFi	Completamento obiettivo 2021 in materia di selezione e introduzione personale universitario in afferenza assistenziale presso AOUC	Area Amministrativa	Amministrazione del Personale	31/12/2022
Trasparenza rapporti con UniFi	Completamento obiettivo 2021 in materia di conferimento degli incarichi di responsabilità al personale universitario in afferenza assistenziale	Area Amministrativa	Amministrazione del Personale	31/12/2022
Informatizzazione gestione dispositivi medici in conto deposito e in conto visione	Aggiornamento IL/903/115 per informatizzazione conti deposito e conti visione, previa individuazione di lettore ottico idoneo alla gestione di una tipologia di dispositivo medico ad alto costo (TAVI)	Area Politiche del Farmaco Area Innovazione Controllo e Qualità	U.O..Farmaceutica ospedaliera U.O. Politiche del farmaco U.O. Sviluppo e gestione tecnologie innovative	31/12/2022
Monitoraggio farmaci e dispositivi	Avanzamento/completamento obiettivo 2021-2023 per implementazione di modalità operative informatizzate di gestione del conto deposito di kit selezionati (kit per osteosintesi dell'arto superiore della ditta Clinika), a conclusione di procedura di gara ESTAR	Area Politiche del Farmaco Area Innovazione Controllo e Qualità	U.O..Farmaceutica ospedaliera U.O. Politiche del farmaco U.O. Sviluppo e gestione tecnologie innovative	31/12/2023
Informatizzazione obblighi di pubblicazione	Avanzamento/completamento obiettivo 2021-2023 per implementazione dell'applicativo, anche in modalità di riuso, per l'inserimento dati in pubblicazione sul sito sezione "Amministrazione Trasparente, compresa la formazione iniziale, a compimento di procedura di gara ESTAR	Area Innovazione Controllo e Qualità	U.O. Sviluppo e gestione tecnologie innovative	31/12/2023

RISCHIO: DALLA IDENTIFICAZIONE AL TRATTAMENTO

Ai fini della **valutazione del rischio**, vengono confermati modalità e strumenti utilizzati negli anni precedenti (all'allegato 3 del PTPCT 2021-2023) e, in particolare, gli indici di probabilità, danno e rilevanza.

https://www.aouc-careggi.toscana.it/internet/images/docs/file/Trasparenza/21/PTPTC/21_ALLEGATO3_Mappatura_Schede.pdf

Per il **trattamento del rischio** sono state implementate misure generali e specifiche in relazione alle aree di rischio individuate nei PTPCT precedenti già riportate nel PTCT 2021-2023.

MISURE GENERALI E SPECIFICHE

Inconferibilità/incompatibilità

Il controllo sulle dichiarazioni rilasciate dai direttori sanitario e amministrativo è effettuato dal RPCT supportato dal Servizio Ispettivo aziendale viene effettuato dal SIA su richiesta e a supporto del RPCT, come previsto dal Regolamento aziendale (D/903/153).

È in corso la valutazione da parte del gruppo di coordinamento regionale dei RPCT, gruppo a cui partecipa anche l'Azienda, in merito all'applicazione "estensiva" del D.Lgs. 39/2013 per la dirigenza SPTA delle AS (delibera ANAC 1146/2019 e 713/2020) e alla redazione di linee guida regionali sul tema.

Rotazione ordinaria e straordinaria

Le indicazioni in materia sono state elaborate a livello aziendale nell'anno 2015 https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/images/docs/file/Trasparenza/15/D_903_132-RegRotazEd2.pdf.

Il sopra citato gruppo regionale di coordinamento degli RPCT ha predisposto, alla luce alle previsioni del PNA 2019 e alle indicazioni operative ANAC del 17/11/2021, una linea guida per l'applicazione della misura generale della rotazione all'interno degli Enti e delle Aziende del SSR da sottoporre alla Regione per successiva adozione da parte delle Aziende sanitarie toscane.

Formazione

L'ampiezza del concetto di anticorruzione attribuisce alle relative attività formative una notevole forza espansiva che ne estende i confini fin quasi ad abbracciare l'intera formazione dei dipendenti pubblici. In questa materia la formazione continua, misura generale e obbligatoria di prevenzione e mitigazione del rischio corruzione, mira ad assicurare gli anticorpi necessari per evitare le violazioni dei principi fondamentali che regolano l'attività nelle Pubbliche Amministrazioni.

Il personale professionalmente preparato e competente ha maggiore capacità di individuare e realizzare l'interesse pubblico, riducendo l'esposizione dell'Azienda al rischio di condotte o decisioni devianti rispetto a quell'interesse. Pertanto, la **formazione di carattere generale per la diffusione della cultura della legalità e dell'integrità della pubblica amministrazione**, che informi e sensibilizzi tutto il personale sulle strategie anticorruzione della legge n. 190/2012 e sulle modalità di attuazione da parte dell'Azienda, rendendoli anche consapevoli del quadro regolatorio di riferimento (codici disciplinari e codici di comportamento) e delle relative responsabilità, dovrà prevedere anche l'inserimento di moduli di etica e anticorruzione nei **corsi più selettivi, che possano favorire azioni e comportamenti tesi a ridurre il rischio di condotte illecite commesse inconsapevolmente**. Anche per il 2022, la formazione in materia di anticorruzione sarà orientata a sostenere corsi FAD a beneficio di tutti gli operatori aziendali, compreso il personale in formazione specialistica.

Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (Whistleblower)

La gestione delle segnalazioni dei *whistleblowers* proseguirà nel 2022 con l'attivazione del nuovo sistema "*Whistleblowing* intelligente" acquisito nel dicembre 2021, che consentirà la conservazione criptata delle segnalazioni.

Sistema dei controlli interni

Il sistema dei controlli interni, previsto dall'Atto aziendale, tiene conto dei principi dettati dalla normativa vigente in termini di trasparenza e anticorruzione e prevede una procedura di aggiornamento periodico del medesimo sistema, oltre che di *governance* in funzione degli aggiornamenti normativi e dell'evoluzione della struttura del SSR.

https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/images/docs/file/Trasparenza/DR_903_192_regolamento_sistemi_controlli_interni_AOUC.pdf

In particolare, l'Azienda tende al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci per mezzo del **Percorso attuativo di certificabilità** (c.d. P.A.C.), che si sviluppa con programmi di audit finalizzati alla verifica della corretta applicazione delle procedure amministrative dei cicli contabili.

Conflitto di interessi

L'Azienda ha affrontato da anni in modo sistematico la gestione del conflitto di interessi attraverso la disciplina dei rapporti tra i suoi professionisti, sia ospedalieri che universitari, con i portatori di interessi privati, per assicurare la correttezza ed il rispetto di leggi, regolamenti, procedure e codici di comportamento e deontologici.

Si riporta il richiamo a regolamenti organizzativi in varie materie di rilievo per l'ambito rischio corruzione: https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=4483&catid=92&Itemid=909&lang=it

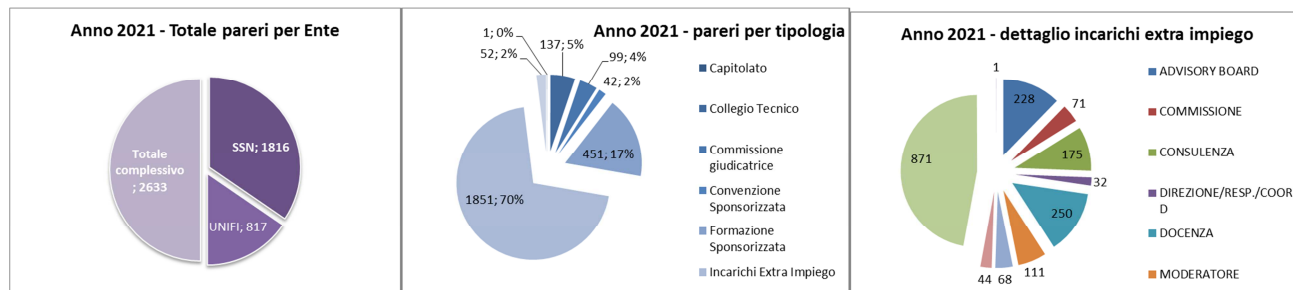
- informazione medico-scientifica e attività degli specialist di prodotto presso i comparti operatori;
- incarichi extra-istituzionali;
- finanziamento di attività e progetti finanziati da soggetti privati;
- formazione aziendale sponsorizzata;
- gestione dei finanziamenti derivanti dalle sperimentazioni cliniche e gestione dei fondi;
- contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo;
- sistema dei controlli interni;
- servizio ispettivo aziendale.

Altre misure adottate sono:

- sottoscrizione di Patti di integrità/Protocolli di legalità da parte di fornitori/sponsor/finanziatori che si impegnano al rispetto della normativa in materia di anticorruzione;
- costituzione del Clinical Trial Center (CTC), quale ufficio di supporto tecnico-scientifico e amministrativo agli studi clinici (profit e no-profit) e privilegiato osservatore dei rapporti pubblico-privato nell'ambito della ricerca clinica;
- protocollo di assistenza sociosanitaria, di tutela e di promozione sociale per disciplinare il rapporto con le associazioni di volontariato presenti all'interno dell'Azienda;
- protocollo di intesa con l'Università di Firenze per la gestione dei conflitti di interessi del personale universitario in afferenza assistenziale (in corso di rinnovo);
- perfezionamento di un nuovo modello di attività per la valutazione del conflitto di interessi, a seguito della conclusione del periodo di sperimentazione quinquennale in cui le attività erano state concentrate nella Commissione (c.d. CO.VA.CI.). L'obiettivo è assegnare a tale commissione un ruolo consultivo di secondo livello, grazie all'individuazione di criteri operativi e alla disponibilità di un sistema informativo strutturato per mezzo del quale le strutture amministrative gestionali possano esprimere pareri nell'ambito dei procedimenti di rispettiva competenza (es.: formazione sponsorizzata, partecipazione a procedimenti di gare di appalto, attività e incarichi non compresi tra i doveri istituzionali, ecc.).

A titolo esemplificativo, viene riportata la rappresentazione dell'attività della CO.VA.CI. per l'anno 2021.

Tabelle sintetiche delle attività della Co.Va.Ci. anno 2021



TRASPARENZA E DISCIPLINA IN MATERIA DI ACCESSO (DOCUMENTALE, CIVICO SEMPLICE E GENERALIZZATO)

La trasparenza, che consiste tanto nella pubblicazione e diffusione di atti ed informazioni sul sito istituzionale, quanto nell'assicurare l'accesso ai documenti nelle forme stabilite dalla legge, è uno dei principi cardine dell'azione amministrativa. È strumento partecipativo, prima ancora che difensivo e di controllo, al procedimento amministrativo, consentendo al cittadino di prendere parte ai processi decisionali dell'amministrazione pubblica e di controllarne l'operato. Pertanto, occorre che oltre alla messa a disposizione delle informazioni in senso stretto, vengano garantite chiarezza e tempestività dei dati, i quali, a loro volta devono essere comprensibili, facilmente consultabili e completi.

Per raggiungere i risultati attesi, l'A.O.U. Careggi ha dato via, già nel 2015, all'informatizzazione del flusso dati, destinati alla sezione "Amministrazione trasparente". Per ciascun dato soggetto a pubblicazione viene individuato, sulla base delle rispettive competenze, il dirigente responsabile ed i suoi referenti. Questi si interfacciano con la Redazione web per il caricamento dei documenti sul sito "Amministrazione Trasparente".

Ad oggi, il livello di pubblicazione è ritenuto soddisfacente; tuttavia, al fine di raggiungere standard di tempestività sempre più elevati, A.O.U. Careggi sta implementando un nuovo programma informatico centralizzato per garantire una maggior autonomia dei responsabili nella gestione dei dati soggetti a pubblicazione.

Inoltre, in un'ottica di continuo miglioramento, di semplificazione e con lo scopo di assicurare al cittadino una migliore comprensione delle informazioni contenute nella sezione "Amministrazione Trasparente" e quindi una maggiore partecipazione all'azione amministrativa, la struttura si è proposta di dare avvio ad un processo di adeguamento ed aggiornamento della pagina web, nel rispetto dell'albero già definito da A.N.A.C., anche prevedendo, per ciascuna sottosezione, un cappello introduttivo che ne spieghi i contenuti.

Per quanto attiene la disciplina dell'accesso, sia esso inteso quale documentale o civico semplice e civico generalizzato di cui alla L. 241/1990 ed al D. Lgs. 33/2013, l'Azienda si è posta l'obiettivo di redigere un regolamento integrato che detti chiaramente, tanto per i cittadini, anche all'interno della sezione A.T. dedicata, quanto per i responsabili del procedimento d'accesso, modalità e limiti di esercizio.

Il regolamento terrà conto, con particolare attenzione alle casistiche di accesso civico generalizzato, del rapporto tra trasparenza/accesso da un lato e protezione dei dati personali dall'altro.



SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Con l'approvazione del nuovo Atto aziendale, risalente all'anno 2014, sono stati declinati i principi posti alla base della visione di Careggi e della sua missione. E' stato ridefinito in maniera profonda l'assetto organizzativo dell'Azienda per dare vita ad un **ospedale organizzato per intensità di cura**.

Con la nuova organizzazione è stata realizzata una **separazione tra il governo clinico del paziente** affidato al personale medico, assegnato alle strutture (SOD) dei diversi Dipartimenti e la **gestione delle risorse**. Il personale del comparto, i posti letto e le attrezzature sono stati infatti assegnati alle Aree di attività (AA) caratterizzate da diversi setting assistenziali, quindi differenziate sulla base della diversa intensità di cura in: comparti operatori, aree di terapia intensiva e sub-intensiva, area di degenza ordinaria, DH, ambulatori.

L'organizzazione poggia le sue fondamenta su 8 **Dipartimenti ad Attività integrata (DAI)**: Cardiotoracovascolare, DEA, Materno infantile, Neuromuscoscheletrico e Organi di senso, Medico Geriatrico, Oncologico e di chirurgia ad indirizzo robotico, Anestesia e Rianimazione e Dei Servizi con le 2 ADO di Laboratorio e Diagnostica per immagini. A supporto delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca garantite dai Dipartimenti clinici, sono state individuate l'Area funzionale Amministrativa e l'Area Tecnica nonché l'Area Igiene ed organizzazione ospedaliera, l'Area Politiche del farmaco e l'Area Management delle attività sanitaria. La Direzione garantisce le funzioni strategiche di innovazione, sviluppo controllo e monitoraggio attraverso la tecnostruttura dello Staff della Direzione Aziendale.

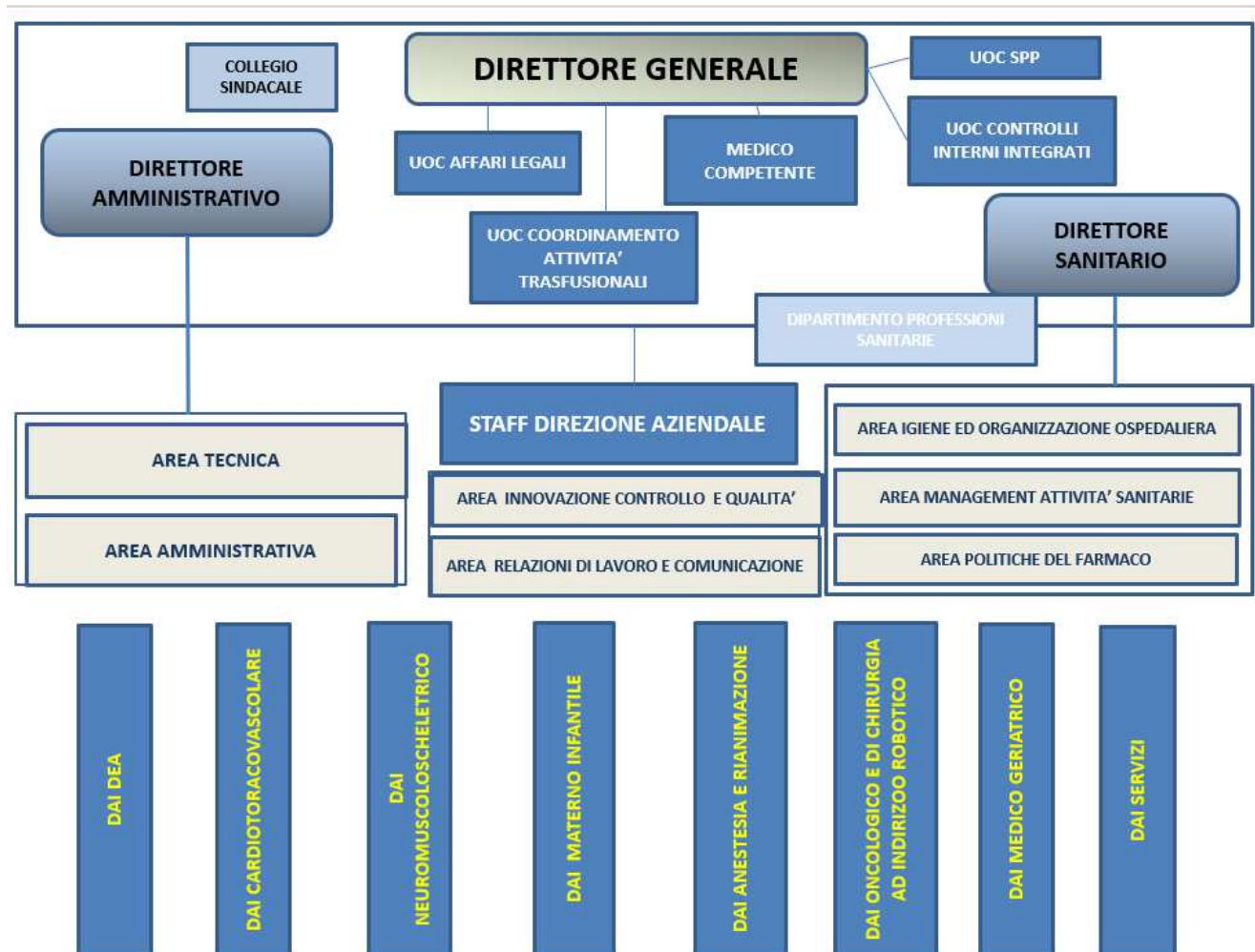
Sono stati inoltre creati il Dipartimento delle Professioni sanitarie e la **Direzione Operativa**. Quest'ultima, a supporto strategico della Direzione Aziendale, con compiti di governo, programmazione e monitoraggio delle risorse, strumentali all'attività assistenziale svolta dai Dipartimenti. Il **Dipartimento delle Professioni sanitarie** deputato invece alla gestione organizzativa delle risorse umane, infrastrutturali e logistiche ed articolato in 5 piattaforme: piattaforma dei blocchi operatori, delle degenze, dell'area outpatient, dei servizi diagnostici, dei servizi integrati di padiglione e logistica che raggruppano le Aree di Attività (AA) afferenti ai relativi setting assistenziali di riferimento.

I **livelli gerarchici** del Piano dei centri di costo sono 3: Dipartimenti ad attività integrata (DAI), Aree dipartimentali omogenee (ADO), singole strutture: Strutture organizzative dipartimentali (SOD) assegnate ai DAI sanitari e Unità Operative (UO) assegnate all'Area Amministrativa, Tecnica, Direzione sanitaria e Staff della Direzione.

L'Azienda è strutturata in 8 DAI Sanitari articolati in 18 ADO e 116 SOD, 5 Piattaforme produttive organizzate in 253 Aree di attività, 38 UO assegnate a 7 Aree.

Il **numero medio di personale** assegnato alle SOD sanitarie è pari a 11; il numero medio del personale del comparto assegnato alle AA è pari a 27; il numero medio di personale assegnato alle strutture tecnico- amministrative è pari a 13.

Gli **incarichi** di struttura assegnati al personale dirigente sono 154, gli incarichi assegnati al personale del comparto, ossia gli incarichi di funzione (IF), sono 72.



Accanto agli interventi sulle singole strutture, richiesti anche dal D.M. 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera” e dagli atti di programmazione regionale e di Area Vasta, la Direzione ha ritenuto di dover valorizzare un ulteriore e nuovo strumento organizzativo costituito dalle “Unit” quali entità funzionali multidisciplinari che, partendo da risorse già disponibili e in afferenza al DAI prevalente, riuniscono e coordinano le competenze di diversi specialisti coinvolti nella gestione di uno specifico percorso assistenziale complesso. Strumenti organizzativi come quelli delle unit sono posti alla base di una precisa scelta strategica della Direzione aziendale che ha ritenuto imprescindibile lo sviluppo di alcuni filoni di attività a supporto di un sistema che, anche a fronte di una oramai cronica contrazione delle risorse, mantiene viva la necessità “culturale” di elaborare soluzioni finalizzate ad assicurare e mantenere l’efficienza ed efficacia del sistema salute. Un ulteriore ed importante elemento di novità è costituito dalla creazione di un “**Clinical Trial Center**” aziendale che, prendendo spunto dalle esperienze internazionali presenti in tale ambito, si inserisce nel generale riordino dei Comitati Etici.

Gli anni successivi alla riorganizzazione avvenuta con il nuovo atto aziendale sono stati anni di conferma e sviluppo delle scelte strategiche in esso contenute. La lettura data dalla Direzione ai fenomeni economico finanziari e politici che hanno interessato ed interessano tutta la Pubblica Amministrazione italiana, sanità compresa, è stata quella di perseguire il cambiamento come strategia ed opportunità per andare incontro alle sfide che l’Azienda doveva affrontare negli anni. La continua revisione dell’assetto organizzativo, vero e proprio work in progress che ha toccato profondamente l’organigramma aziendale, ha

comportato sia una semplificazione delle strutture organizzative nel loro complesso, sia una valorizzazione di quegli elementi di eccellenza ed innovazione tipici di un'Azienda Ospedaliero Universitaria: in questo senso l'attività posta in essere dalla Direzione ha richiesto una ridefinizione del proprio modello produttivo in una logica che vuole confermare e potenziare Careggi quale centro di eccellenza e riferimento a livello nazionale ed internazionale. E' stata mantenuta la linea di governo tesa a ricercare le migliori soluzioni organizzative per far fronte, in maniera efficiente e compatibile con le risorse finanziarie, ai bisogni assistenziali espressi dall'utenza in una prospettiva di sempre maggiore complessità clinica.

E' con questo spirito di continua anticipazione ed adattamento al contesto esterno ed alle nuove sfide che l'Azienda, appena reduce da due anni che hanno testato fortemente la resilienza di tutti i modelli su tutti i fronti organizzativi, si accinge adesso ad una nuova revisione dell'Atto aziendale.

PARITA' DI GENERE

Tra il personale dipendente la **prevalenza è femminile**; infatti la percentuale di donne dipendenti dell'Azienda sul totale dei dipendenti è pari al 70%. Più nello specifico, per il personale dirigente medico, professionale tecnico ed amministrativo la percentuale di donne è circa la metà (ad eccezione dei dirigenti sanitari non medici), mentre per il personale del comparto tra il 75% e l'85% (ad eccezione del personale tecnico), come illustrato dalla tabella sottostante:

DIPENDENTI AOUC per CATEGORIA PROFESSIONALE	% DONNE SU TOTALE	% UOMINI SU TOTALE
Infermieri	77%	23%
Operatori socio sanitari	83%	17%
Altro personale comparto ruolo sanitario	85%	15%
Altro pers. comparto ruoli prof.le e tecnico	60%	40%
Personale comparto ruolo amministrativo	75%	25%
Dirigenti medici	48%	52%
Dirigenti ruoli professionale e tecnico	50%	50%
Dirigenti ruolo amministrativo	50%	50%
Dirigenti sanitari	80%	20%
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE	70%	30%

Per quanto concerne la copertura degli incarichi, per i dirigenti di strutture sanitarie poco più del 20% è ricoperto da donne; per i dirigenti di strutture tecnico- amministrative invece quasi quasi il 50% è ricoperto da donne. Per gli incarichi di funzione, che rappresentano gli incarichi del personale del comparto, per la componente sanitaria, il 58% è attribuito a donne, mentre per la componente amministrativa, quasi il 70% è attribuito a donne.

TIPOLOGIA INCARICO per CATEGORIA PROFESSIONALE	% DONNE SU TOTALE	% UOMINI SU TOTALE
Dirigente struttura sanitaria	22%	78%
Dirigente struttura tecnico e amministrativa	46%	54%
Posizione organizzativa sanitaria	58%	42%
Posizione organizzativa tecnica e amministrativa	69%	31%

Con Provv. AOUC N. 302 del 06/05/2022, è stato nominato il nuovo Comitato Unico di Garanzia aziendale. Questo è composto da 20 membri dei quali 10 di nomina aziendale e 10 di nomina sindacale.

Nel 2021 è stato prodotto il Piano di Azioni Propositive (PAP) per il triennio 2021-2023, rivolto a promuovere l'attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità, intesi come strumento per una migliore conciliazione tra vita privata e lavoro, per un maggior benessere lavorativo oltre che per la prevenzione e rimozione di qualunque forma di discriminazione.

Nel PAP sono stati individuate cinque aree principali di intervento:

Area 1: Conciliazione vita-lavoro, lavoro agile e telemedicina;

Area 2: Sportello ascolto, prevenzione mobbing;

Area 3: Benessere organizzativo e clima interno;

Area 4: Diritti di terza generazione e pari opportunità;

Area 5: Bilancio di genere e flussi informativi.

In linea con il PAP presentato si riportano di seguito i principali ambiti di azione su cui l'Azienda intende impegnarsi nel prossimo triennio per promuovere una cultura del benessere organizzativo e della parità.

CONCILIAZIONE VITA-LAVORO, LAVORO AGILE E TELEMEDICINA

Ambito di Azione 1.1	Promuovere interventi di sostegno rivolti al personale dopo lunga assenza motivata
Azioni	Predisposizione di strumenti informativi ad hoc e programmi di aggiornamento professionale per tutelare il reinserimento nell'attività lavorativa attraverso la stesura personalizzata del percorso da attuare
Soggetti coinvolti	CUG, Amministrazione del Personale, Direzione Aziendale, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Formazione
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

Ambito di azione 1.2	Favorire la conciliazione vita-lavoro attraverso interventi di sostegno ai lavoratori caregivers e a supporto dell'infanzia e della terza età. Ferie solidali
Azioni	Rilevazione fabbisogni attraverso specifici questionari, valutazione stipula di convenzioni con strutture sia pubbliche che private, progettazione aree interne dedicate. Ferie Solidali in ottemperanza all'art.24 del D.Lgs n.151 14 settembre 2015, che prevede: i lavoratori possono cedere a titolo gratuito i riposi e le ferie da loro maturati ai lavoratori dipendenti dallo stesso datore di lavoro.
Soggetti coinvolti	CUG, Direzione Aziendale, Amministrazione del Personale, Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

Ambito di azione 1.3	Riconversione e riqualificazione del personale affetto da disabilità sopravvenuta dopo assunzione
Azioni	Promuovere indagine conoscitiva per comprendere le caratteristiche del fenomeno in Azienda, pianificare corsi di

	formazione professionale mirata ed agevolare ottenimento orario flessibile
Soggetti coinvolti	CUG, Direzione Aziendale, Amministrazione del Personale, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Formazione
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

Ambito di azione 1.4	Supportare il progetto Lavoro Agile o Smart Working in AOUC
Azioni	Individuare attraverso questionari mirati le criticità e le resistenze psicologiche e organizzative sperimentate nell'applicazione del progetto Lavoro Agile durante la pandemia, implementare investimenti, compatibilmente con le disponibilità economiche, sull'innovazione tecnologica e organizzativa in AOUC, pianificare corsi sulle competenze digitali da acquisire, laboratori esperienziali incentrati sulle soft skills degli smart workers e training sulla trasformazione digitale del lavoro.
Soggetti coinvolti	CUG, Direzione Aziendale, Amministrazione del Personale, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Formazione
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

SPORTELLO ASCOLTO, PREVENZIONE MOBBING

Ambito di azione 2.1	Diffondere un clima di lavoro rispettoso del diritto della persona all'integrità della propria salute psico-fisica e morale.
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Istituire uno Sportello di Ascolto (attività da svolgere in collaborazione con il Consigliere di Fiducia) affinché il dipendente che si ritenga esposto a situazioni riconducibili a fenomeni di discriminazione, mobbing o grave disagio lavorativo, nel rispetto della riservatezza e tutela dei dati personali, possa ricevere informazioni sulle strutture di supporto, interlocutori e strumenti di tutela presenti in Azienda. ▪ Creare una scheda raccolta dati per convogliare il flusso di informazioni verso una gestione unificata aziendale del Mobbing.
Soggetti coinvolti	CUG, Consigliere di Fiducia, SPP, Medicina del lavoro, Amministrazione del Personale, UO Clinica delle Organizzazioni (CRCR)
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

Ambito di azione 2.2	Diffusione della conoscenza e piano di sensibilizzazione dei dipendenti AOUC sul tema della prevenzione del mobbing
Azioni	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione di iniziative e corsi inerenti le Relazioni Interpersonali sul luogo di lavoro rivolte a medici, infermieri e

	<p>personale sanitario alla presenza di personale docente qualificato (giuristi, psicologi, ecc.)</p> <p>Corso di Formazione:</p> <p>“Le Relazioni Interpersonali sul luogo di lavoro”</p> <p>Volto a fare chiarezza sui comportamenti in ordine gerarchico che sono “a rischio mobbing” in modo da capire le implicazioni giuridiche e penali che potrebbero comportare.</p>
Soggetti coinvolti	CUG, Formazione, Azienda, Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, Formazione
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

BENESSERE ORGANIZZATIVO E CLIMA INTERNO

Ambito di azione 3.1	Promuovere il benessere organizzativo degli operatori sanitari in epoca COVID-19
Azioni	<p>Analisi banca dati CV dei dipendenti aree COVID quale strumento di conoscenza delle competenze ed elaborazione questionari psico-attitudinali mirati alle motivazioni del personale al fine di ottimizzare l’allocazione delle risorse nei reparti valorizzandone la professionalità e la predisposizione individuale.</p> <p>In base all’evolversi dell’emergenza COVID-19, promuovere azioni specifiche mirate alla tutela della salute del personale sanitario maggiormente coinvolto (verifica disponibilità dispositivi di protezione individuale, luoghi e poltrone ergonomiche per il riposo notturno).</p>
Soggetti coinvolti	CUG, SPP, Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, Direzione Aziendale, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Amministrazione del Personale
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

Ambito di azione 3.2	Supporto psicologico - Miglioramento del benessere lavorativo e delle relazioni umane nelle organizzazioni sanitarie.
Azioni	Promuovere attività di formazione del personale, in collaborazione con il Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, sugli aspetti comunicativi e relazionali, finalizzata ad incrementare le modalità comunicative e di interazione all’interno dei gruppi di lavoro.
Soggetti coinvolti	Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, Formazione
Periodo di realizzazione	Anni 2022-2023

Ambito di azione 3.3	Favorire la libertà di culto
-----------------------------	-------------------------------------

Azioni	Agevolare i lavoratori nei confronti della libertà di culto, anche nelle situazioni di emergenza, attraverso il rinnovo della convenzione con le unità religiose minori e possibilità di accesso alla Sala di Preghiera e del Silenzio. Rinnovo dell'accordo tra AOUC e rappresentanti comunità religiose minori (in scadenza il 31/12/2020) finalizzato al servizio di assistenza spirituale e/o morale in favore dei ricoverati presso AOUC e loro familiari, nel rispetto delle libertà e dei diritti costituzionalmente garantiti.
Soggetti coinvolti	CUG, Direzione Aziendale
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

DIRITTI DI TERZA GENERAZIONE E PARI OPPORTUNITÀ

Ambito di azione 4.1	Improntare un welfare interaziendale
Azioni	Valutare la possibile stipula di convenzioni con altri EE.PP e privati per beni di necessità (es. carburante, servizi scolastici e di appoggio, etc...)
Soggetti coinvolti	CUG, Azienda, Associazioni, Formazione
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

Ambito di azione 4.2	Medicina Narrativa “La narrazione del covid-19 nella conciliazione dei tempi vita-lavoro in AOUC”
Azioni	Raccolta di testimonianze con contributi delle/dei dipendenti sanitari e non sanitari sull'esperienze e sui vissuti dei periodi COVID-19 nei servizi dedicati e non dedicati.
Soggetti coinvolti	CUG, Azienda, Ufficio Comunicazione Aziendale, Regione Toscana, Consigliera di Parità,
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2022
Ambito di azione 4.3	Progetto INTERCUG
Azioni	Collaborazione con CUGG territoriali e nazionali di altri EE.PP. e privati: messa in opera di una collaborazione e sinergia atta anche all'intercettazione di bandi di finanziamento in partnership. In collaborazione con altri CUG regionali, organizzazione di un evento aperto al pubblico “LA NEXT GENERATION EU: come coinvolge le politiche del Governo Italiano verso la parità e le pari opportunità”.
Soggetti coinvolti	CUG, Azienda, Istituzioni

Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023
Ambito di azione 4.4	Formazione mirata ai componenti il CUG AOUC e ai dipendenti AOUC volta a migliorare le conoscenze e lo scambio di esperienze. Organizzazione del corso: “La differenza fra violenza ed aggressione - La capacità di comunicazione ed empatia”
Azioni	Corso frontale con prove simulate
Soggetti coinvolti	CUG, SPP, Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali, Direzione Aziendale, Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Amministrazione del Personale Esperti del settore
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

FLUSSI INFORMATIVI E BILANCIO DI GENERE

Ambito di azione 5.1	Diffondere la conoscenza del CUG e del quadro normativo di riferimento
Azioni	Promuovere un corso di formazione (comprensivo di Seminari e Laboratori) per i componenti del CUG, mirato ad approfondire il quadro normativo di riferimento, gli obiettivi e l'ambito di competenza dei CUG.
Soggetti coinvolti	CUG, Formazione
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

Ambito di azione 5.2	Bilancio di genere
Azioni	Analisi del contesto AOUC: stesura e divulgazione dati sul Bilancio di genere in AOUC (stampa e pubblicazione sul sito web)
Soggetti coinvolti	CUG, Amministrazione del personale
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

Ambito di azione 5.3	Promuovere azioni di sensibilizzazione sulla cultura di genere rivolte ai dipendenti AOUC
Azioni	Organizzazione di Webinar sul tema degli Stereotipi di genere e sul linguaggio di genere nei provvedimenti e regolamenti aziendali. Organizzazione di un Seminario aperto al pubblico sul tema del contrasto alla violenza contro le donne, con esperti di rilievo in ambito metropolitano, in collaborazione con il Centro Antiviolenza AOUC il giorno 25.11.2021 giornata internazionale per

	l'eliminazione della violenza contro le donne.
Soggetti coinvolti	CUG, Formazione
Periodo di realizzazione	Anni 2021-2023

- In ambito Aziendale il CUG, nel 2021, ha portato avanti nell'ambito delle azioni delineate:
- ✓ **progetto di medicina Narrativa**, mediante la raccolta dei contributi del personale di AOUC durante la fase pandemica del proprio vissuto e la condivisione di sentimenti, emozioni, paure e preoccupazioni.
 - ✓ **corso in FAD** sincrona "*Da strumento di garanzia a leva di innovazione*", articolato su tre giornate ed aventi come obiettivo l'approfondimento e l'aggiornamento delle conoscenze dei membri del CUG relativamente agli aspetti normativi, alle competenze psico-relazionali adeguate a sostenere l'evoluzione dei gruppi di lavoro anche attraverso la cura e l'attenzione alle dimensioni del team-work.

Tra le attività nelle quali il CUG AOUC si è impegnato già dal 2021, è da valorizzare il consolidamento delle relazioni con gli organi istituzionali al di fuori di Careggi, in particolare, con la **Rete Metropolitana dei CUG** e la partecipazione al Tavolo di Lavoro coordinato dalla Consigliera di Parità per la costituzione di un **Osservatorio regionale sul genere, salute e lavoro**.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

Il lavoro agile può rappresentare una modalità di lavoro che promuove anche **l'innovazione nell'uso degli spazi fisici**, la cooperazione e la trasversalità oltre i singoli uffici. Gli uffici, nel triennio 2022/2024, grazie all'**alleggerimento** delle dotazioni hardware (laptop al posto di desktop, eliminazione delle stampanti fisiche) e della documentazione cartacea (integrale gestione digitale dei documenti, con conseguente eliminazione di spazi per la tenuta e l'archiviazione) potranno essere progressivamente ridisegnati con desk moderni, flessibili, ergonomici, che consentano di lavorare sia da seduti che in piedi.

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

CONDIZIONALITA' E FATTORI ABILITANTI

Misure organizzative

- Progressiva assegnazione di personal computer portatili a tutto il personale operante nelle aree amministrative, tecniche e di staff, con contestuale ritiro del PC fisso, quale misura organizzativa base per il potenziamento del lavoro agile.
- Progressiva implementazione dell'archiviazione dei documenti digitali su cloud aziendale in modo tale da rendere possibile l'accesso ai documenti in qualsiasi luogo senza necessità di collegarsi al server tramite rete aziendale. Come primo step di attivazione si invita all'utilizzo personale del sistema già a disposizione Own Cloud.
- Progressiva strutturazione dell'utilizzo della videoconferenza come strumento di lavoro, anche in modalità mista presenza-distanza.
- Sostituzione dell'applicativo di Workflow (protocollo e delibere) per potenziarne la funzionalità dal punto di vista tecnologico e della gestione a distanza, anche da rete non aziendale.
- Ulteriore impulso all'uso della firma digitale e alla gestione delle comunicazioni in formato esclusivamente digitale (nativo).
- Somministrazione di questionari online al fine di Valutazione dei rischi da Stress lavoro Correlato nella modalità di smart working ed individuazione di misure di miglioramento.
- Regolamentazione per la gestione del lavoro agile in regime ordinario (Prov. DG 232 del 1/04/2022).
- Mappatura delle attività eseguibili in lavoro agile.

Piattaforme e Requisiti Tecnologici

- Area di accesso dedicata al lavoro agile sulla rete intranet aziendale accessibile anche dall'esterno, tramite autenticazione, con una sezione dedicata agli applicativi aziendali abilitati, una sezione con le disposizioni aziendali relative al lavoro agile e una sezione con la modulistica.
- Possibilità di archiviazione, sincronizzazione e condivisione di documenti su ownCloud.
- Messa a disposizione di pc portatili per il personale operante nelle aree tecnica, amministrativa e di staff.
- Accesso ai servizi aziendali tramite vpn/desktop remoto.
- Disponibilità di una piattaforma di videoconferenza aziendale.
- Progressivo ampliamento della disponibilità della firma digitale da parte degli operatori.

Competenze professionali e Percorsi formativi

- Idonee competenze digitali al fine di lavorare in modalità agile con efficienza ed efficacia per rispondere alle esigenze dei servizi e dell'utenza esterna e interna, senza riduzioni di attività rispetto alla modalità in presenza.
- Il Lavoro Agile in AOUC: sviluppi organizzativi e manageriali, rivolto ai responsabili di strutture delle aree amministrativa, tecnica e di staff, finalizzato ad un aggiornamento sui requisiti di sicurezza sul lavoro, sullo sviluppo di nuove competenze digitali, nonché sulle competenze necessarie per una diversa organizzazione del lavoro e per modalità di coordinamento indispensabili ad una gestione efficiente del lavoro agile (anno 2023).
- Il Lavoro agile in AOUC: Partecipazione del personale di AOUC al Syllabus delle competenze digitali del Dipartimento della Funzione Pubblica.

OBIETTIVI DELL'AMMINISTRAZIONE

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

Di seguito alcune tabelle di sintesi rispetto alle dimensioni utili a valutare l'esito delle azioni sostenute complete di obiettivi, indicatori e valori attesi per il prossimo triennio 2022-2024.

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024	FONTE
SALUTE ORGANIZZATIVA						
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	Supportare la Direzione Aziendale nel percorso di implementazione e sviluppo del lavoro agile	Emanazione indirizzi sul lavoro agile	Adozione prima regolamentazione per il lavoro agile in modalità ordinaria sperimentale	Aggiornamento regolamentazione per il lavoro agile in modalità ordinaria con le indicazioni di CCNL	Verifica regolamentazione	UOC Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali
	Analizzare l'impatto dell'introduzione del lavoro agile su dinamiche relazionali tra i membri dell'organizzazione, sul clima/benessere organizzativo	Monitoraggio del lavoro agile	50% di rispondenti	50% di rispondenti	50% di rispondenti	UOC Clinica delle Organizzazioni/CRCR
	Capacità di lavorare per obiettivi	% dipendenti consapevoli obiettivi annui struttura	80%	90%	100%	Dirigenti (verbali incontri)
	Capacità di lavorare rispettando le scadenze	% dipendenti consapevoli scadenze annue struttura	90%	100%	100%	Dirigenti (verbale incontri su scadenzario)
	Potenziare la digitalizzazione delle attività dell'Azienda	Dotazioni tecnologiche	Personale che svolge lavoro agile con pc portatile aziendale >50%	Personale che svolge lavoro agile con pc portatile aziendale >60%	Personale che svolge lavoro agile con pc portatile aziendale >70%	UOC ITACA
	Mappatura delle attività gestibili in lavoro agile	% di UO strutture di supporto che hanno presentato elenco attività gestibili in lavoro agile	> 70%	100%	100%	UOC Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali

SALUTE PROFESSIONALE						
Promuovere lo sviluppo delle competenze direzionali utili all'implementazione e alla diffusione del lavoro agile	Competenze direzionali: -% dirigenti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno;	//	70%	//		UOC Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali
Promuovere lo sviluppo delle competenze del personale utili all'implementazione e alla diffusione del lavoro agile	Competenze digitali: -% di lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali;	20%	50%	//		UOC Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali
SALUTE DIGITALE						
Capacità di accedere da remoto alle cartelle di rete o su cloud	% dipendenti in grado di accedere da remoto alle cartelle di rete o su cloud	100%	100%	100%		dirigenti
Capacità di partecipare a videoconferenze	% dipendenti in grado di partecipare a videoconferenze	100%	100%	100%		dirigenti
Capacità di organizzare videoconferenze	% dipendenti in grado di organizzare videoconferenze	60%	70%	80%		dirigenti
SALUTE ECONOMICO FINANZIARIA						
Disponibilità di risorse da investire nell'acquisto di laptop	Valore economico destinato ad acquisto laptop per dipendente in lavoro agile	€ 400	€ 700	€ 700		Gestore budget tecnologie informatiche

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO Target 2021	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2023	FONTE
QUANTITÀ						
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	Partecipazione a lavoro agile	- % dipendenti richiedenti lavoro agile su totale dipendenti potenzialmente autorizzabili, in relazione alle attività lavorabili in SW;	60%	65%	70%	Sw personale whr

		- % dipendenti di strutture di supporto con 20% attività annua gestita in lavoro agile su attività lavorabile in smart workink				
	QUALITÀ					
	Monitorare la qualità percepita del lavoro agile	Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti, articolato per genere, per fascia di età, per stato civile	50%	60%	70%	UOC Clinica delle Organizzazioni/CRC R

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2023	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2024	FONTI
SALUTE ORGANIZZATIVA						
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	Supportare la Direzione Aziendale nel percorso di implementazione e sviluppo del lavoro agile	Emanazione indirizzi sul lavoro agile	Adozione prima regolamentazione per il lavoro agile in modalità ordinaria sperimentale	Aggiornamento regolamentazione per il lavoro agile in modalità ordinaria con le indicazioni di CCNL	Verifica regolamentazione	UOC Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali
	Analizzare l'impatto dell'introduzione del lavoro agile su dinamiche relazionali tra i membri dell'organizzazione, sul clima/benessere organizzativo	Monitoraggio del lavoro agile	50% di rispondenti	50% di rispondenti	50% di rispondenti	UOC Clinica delle Organizzazioni/CRCR
	Capacità di lavorare per obiettivi	% dipendenti consapevoli obiettivi annui struttura	80%	90%	100%	Dirigenti (verbali incontri)
	Capacità di lavorare rispettando le scadenze	% dipendenti consapevoli scadenze annue struttura	90%	100%	100%	Dirigenti (verbale incontri su scadenziario)
	Potenziare la digitalizzazione delle attività dell'Azienda	Dotazioni tecnologiche	Personale che svolge lavoro agile con pc portatile aziendale >50%	Personale che svolge lavoro agile con pc portatile aziendale >60%	Personale che svolge lavoro agile con pc portatile aziendale >70%	UOC ITACA
	Mappatura delle attività gestibili in lavoro agile	% di UO strutture di supporto che hanno presentato elenco attività gestibili in lavoro agile	> 70%	100%	100%	UOC Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali
	SALUTE PROFESSIONALE					
Promuovere lo sviluppo delle competenze direzionali utili	Competenze direzionali: -% dirigenti	//	//	70%	//	UOC Politiche e Formazione del Personale e Relazioni

	all'implementazione e alla diffusione del lavoro agile	ti/posizioni organizzative che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze direzionali in materia di lavoro agile nell'ultimo anno;				Sindacali
	Promuovere lo sviluppo delle competenze del personale utili all'implementazione e alla diffusione del lavoro agile	Competenze digitali: -% di lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali;	20%	50%	//	UOC Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali
	SALUTE DIGITALE					
	Capacità di accedere da remoto alle cartelle di rete o su cloud	% dipendenti in grado di accedere da remoto alle cartelle di rete o su cloud	100%	100%	100%	<i>dirigenti</i>
	Capacità di partecipare a videoconferenze	% dipendenti in grado di partecipare a videoconferenze	100%	100%	100%	<i>dirigenti</i>
	Capacità di organizzare videoconferenze	% dipendenti in grado di organizzare videoconferenze	60%	70%	80%	<i>dirigenti</i>
	SALUTE ECONOMICO FINANZIARIA					
	Disponibilità di risorse da investire nell'acquisto di laptop	Valore economico destinato ad acquisto laptop per dipendente in lavoro agile	€ 400	€ 700	€ 700	Gestore budget tecnologie informatiche

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI AVVIO Target 2021	FASE DI SVILUPPO IN- TERMEDIO Target 2022	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2023	FONTE
QUANTITÀ						
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	Partecipazione a lavoro agile	- % dipendenti richiedenti lavoro agile su totale dipendenti potenzialmente autorizzabili, in relazione alle attività lavorabili in SW; - % dipendenti di strutture di supporto con 20% attività annua gestita in lavoro agile su attività lavorabile in smart workink	60%	65%	70%	Sw personale whr
	QUALITÀ					
	Monitorare la qualità percepita del lavoro agile	Livello di soddisfazione sul lavoro agile di dirigenti/posizioni organizzative e dipendenti, articolato per genere, per fascia di età, per stato civile	50%	60%	70%	UOC Clinica delle Organizzazioni /CRCR

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

Si prevede di progettare infine per l'anno 2023 un approfondimento sulla qualità percepita del Lavoro Agile da parte dell'utenza interna che interagisce con servizi e uffici che lavorano in modalità agile.

Sempre per l'anno 2023 è intenzione dell'Azienda introdurre un sistema di monitoraggio del tasso di assenza che rilevi anche eventuali scostamenti dello stesso rispetto al passato nei servizi che utilizzano la modalità di Lavoro Agile.

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Al momento dell'adozione del presente PIAO non si è ancora concluso l'iter formale, previsto dalla Regione Toscana, per l'approvazione del Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PPTFP). Nella presente sottosezione vengono descritti gli elementi costitutivi di detto documento di programmazione con riserva di procedere alle necessarie integrazioni nel momento in cui detto iter sarà concluso.

Con l'adozione del piano triennale dei fabbisogni del personale per il triennio 2022-2024, l'Azienda programma il proprio fabbisogno in modo da coniugare l'esigenza di garantire la regolare erogazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) consolidando l'idea di sistema sanitario pubblico universalistico con gli obiettivi di equilibrio economico-finanziario del bilancio sanitario regionale e con i vincoli di finanza pubblica vigenti. Tutto questo, in un contesto che deve comunque tener conto degli interventi normativi emanati durante il 2020-2021 in materia di contenimento della pandemia COVID 19 e dell'esigenza di mantenere un livello di dotazione sufficiente per gestire eventuali e ulteriori ondate pandemiche.

La rappresentazione economica del PTFP rispetta gli obiettivi di spesa del personale concordati con la Regione Toscana e orientati al rispetto, a livello regionale, del limite di spesa (articolo 2 comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191) corrispondente al valore della spesa sostenuta nel 2004 - 1,4%, nei limiti e alle condizioni stabilite dal Tavolo di verifica degli adempimenti, tenuto conto delle variazioni organizzative del SSR e degli eventuali incrementi annuali del FSR stabiliti a livello regionale unitamente al perseguimento degli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

Questo complesso equilibrio tra l'adesione ai LEA e l'impegno rivolto a ottemperare il limite economico suddetto, costituisce e costituirà l'obiettivo primario nella gestione delle risorse umane per l'anno in corso e per il triennio di riferimento.

Il PTFP viene definito in coerenza con i principi generali in materia di piano dei fabbisogni, con gli indirizzi regionali (Linee di indirizzo impartite dalla Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale della Regione Toscana di cui alla delibera DGR 1509/2020 in materia di programmazione e finanziamento) che costituiscono la cornice normativa di riferimento per le politiche di gestione delle risorse umane, nonché con le recenti indicazioni contenute nella DGR n° 72 del 31/01/2022.

In quest'ottica, il PTFP si configura come un documento di programmazione e, proprio in quanto tale, non vincola direttamente l'attività ma la orienta in maniera flessibile alla luce delle mutate esigenze organizzative, normative e funzionali.

Lo scenario pandemico, il suo consolidarsi oltre una finestra temporale, non solo ha evidenziato la necessità di un ripensamento del modello organizzativo con una rivisitazione degli assetti di attività e funzioni a livello assistenziale ospedaliero, ma ha anche fortemente influenzato l'attività operativa e assistenziale costringendo, lo scorso biennio, ad implementare gli organici con assunzioni a tempo indeterminato di personale sanitario, effettuate prevalentemente nel 2020 e gradualmente nell'anno 2021; assunzioni che hanno determinato un aumento della spesa per il personale che a tutt'oggi sta ancora esplicando appieno i suoi effetti rispetto agli anni passati.

In questo quadro, anche la dotazione organica aziendale ha perso i pregressi connotati di staticità, assumendo piuttosto una valenza dinamica che potrà essere oggetto di rimodulazione e aggiornamento in relazione a sopravvenute esigenze, al momento non prevedibili, condizionando di fatto l'analisi del fabbisogno e la sua stessa programmazione annuale e triennale.

A ciò si aggiunga la complessità del momento caratterizzato, non solo dalle attività eccezionali di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, già registrate nei primi mesi del 2022, ma anche da quelle programmate in funzione delle emergenti necessità per far fronte agli impatti derivanti dalla fase post pandemica e dalla sua ripresa disomogenea, con il fine di rientrare nella regolarità delle prestazioni sanitarie e dei servizi e con conseguente riequilibrio e riorganizzazione delle risorse umane rispetto a tali attività.

In questo contesto, l'implementazione dell'attività assistenziale, la necessità di immettere nell'organico ulteriori e nuove risorse di personale scaturita dall'emergenza epidemiologica, in una prima fase, e proseguita successivamente per le anzidette circostanze, continueranno ad orientare e condizionare le politiche del personale anche per il 2022 e per il triennio di riferimento 2022-2024 con

evidenti ricadute non solo sulla definizione del fabbisogno e sulle sue priorità, ma anche conseguentemente sulla relativa spesa ad essa correlata.

Nell'impostazione del PTFP, proprio a causa di questa instabilità, dell'impatto della crisi emergenziale, degli effetti di trascinamento delle assunzioni effettuate nel corso del 2020/21 e sugli esercizi 2022 -2023, si privilegerà la definizione degli spazi di manovra economici rispetto all'analisi di dettaglio delle dinamiche dei singoli profili professionali, con un approccio "flessibile" in funzione della variabilità attuale, del grado di compatibilità tra possibili scenari futuri, (in caso di sopravvenuti fabbisogni allo stato attuale imprevedibili) e dei principali vincoli di sistema che possono indurre in ogni momento cambiamenti significativi delle priorità assunzionali. Resta comunque fermo l'obiettivo dell'AOU di far coesistere tali politiche assunzionali e misure adottate con il piano delle risorse economiche e degli obiettivi concordati in materia di spesa per il personale.

L'Azienda in primis, proseguirà il percorso di riorganizzazione già avviato lo scorso biennio relativo all'attuazione del piano di riordino della rete ospedaliera (Giunta regionale n.741/2020, adottata in ottemperanza al Decreto legge 19/05/2020 n.34) realizzatosi, in parte, nel corso del 2021 per le aree di anestesiologia (attivazione di posti letto di terapia intensiva e sub intensiva aggiuntivi rispetto alla dotazione precedente) e di medicina interna, rispetto alle quali continuerà il processo di revisione del sistema dell'offerta e dei modelli clinico -assistenziali con una ridefinizione delle politiche di acquisizione delle risorse umane tali da renderle funzionali e coerenti alla mission aziendale, mediante una rimodulazione interna diretta a migliorare l'efficienza produttiva delle aree anzidette.

Nell'ottica della menzionata riorganizzazione ospedaliera, è in fase di completamento il disegno orientato a concentrare in un unico edificio (Blocco F) tutta la gestione dell'emergenza urgenza. (traumatologia, un'area intensiva, ematologia e TMO e medicine interne). L'attivazione di questo nuovo blocco comporterà anche per l'anno corrente un grande sforzo organizzativo; sia in termini di riorganizzazione delle attività, non solo nei locali della nuova sede, ma anche negli altri reparti dell'ospedale che con questi dovranno lavorare in maniera complementare e sinergica, sia in termini di definizione del fabbisogno di risorse aggiuntive ed approvvigionamento delle stesse.

A tal riguardo, sono state concluse le procedure concorsuali per specifiche attività (traumatologia ed ematologia) da cui si attingeranno durante il biennio 2022-2023 le risorse umane necessarie a soddisfare i bisogni emergenti, mantenendo contestualmente l'impegno a mettere in campo azioni strategiche dirette anche ad un processo di riorganizzazione complessiva del sistema, onde assicurare livelli adeguati di appropriatezza dei setting assistenziali e di efficienza operativa

Anche il potenziamento strutturale degli organici continuerà a tener conto di un coerente approccio alla tipologia del personale strumentale all'Azienda per poter assicurare i livelli di risposta attesi e che privilegi lo sviluppo dell'alta specializzazione favorendo l'innovazione in ambito organizzativo e clinico-assistenziale, anche mediante l'introduzione di tecnologie all'avanguardia per la diagnosi, la cura e la ricerca traslazionale.

L'Azienda metterà in campo ogni possibile iniziativa finalizzata al contenimento dei costi entro i valori sopra indicati, fondata non esclusivamente su logiche di sostituzione ma anche su misure che pongano attenzione alle competenze professionali necessarie ad una erogazione dei servizi efficiente e legata alle logiche organizzative, in correlazione con i risultati da raggiungere.

Risulta evidente, sulla base di tale quadro ed in previsione di una ripresa a regime dell'attività -e comunque dell'esigenza di mantenere il livello dei servizi erogati attraverso prestazioni assistenziali appropriate- la necessità di definire, quale obiettivo prioritario, il rafforzamento di alcuni specifici settori/aree ultra specialistiche in termini di dotazione di personale, nei limiti delle possibilità di reclutamento più sopra evidenziate, con personale adeguato, sia qualitativamente, ossia in possesso di competenze specialistiche correlate a patologie ad elevata complessità, (acute e croniche) che supportino l'Azienda nel suo percorso di sviluppo, sia quantitativamente per la gestione dei pazienti critici per i quali è necessario un approccio multidisciplinare e pluridisciplinare. Saranno pertanto sviluppate le aree della radiodiagnostica (radiologia vascolare e interventistica), ematologia (nell'ambito del trapianto di cellule staminali ematopoietiche) neurochirurgia (sistema nervoso centrale di natura neoplastica, vascolare,

malformativa e traumatica e delle patologie degenerative, traumatiche, neoplastiche, malformative vascolari e infettive del complesso anatomico vertebromidollare per la SODc Chirurgia della Colonna e SODc Neurochirurgia) e cardiologia (clinica angiologica e della diagnostica strumentale angiologica) per le quali sono state richieste all'ente competente (ESTAR), nel corso dell'anno 2021, specifiche procedure concorsuali i cui vincitori saranno immessi in organico nel prossimo biennio.

Con la medesima finalità saranno definite anche le procedure di selezione ancora in itinere per l'attribuzione degli incarichi di Direzione di strutture complesse avviate lo scorso anno e auspicabilmente sarà necessario reclutare personale dedicato all'assistenza per il potenziamento strutturale dell'organico.

Nel corso del triennio interessato dal presente piano, fermo restando che le presenti politiche del personale potranno essere oggetto di revisione e/o rimodulazione alla luce del complessivo andamento derivante dall'evolversi della situazione contingente e dell'impatto economico ad esse correlato, si programmano le seguenti azioni:

ASSUNZIONI

Nel monitorare con attenzione gli effetti di questa situazione perché sia garantita la massima dinamicità nelle scelte di pianificazione delle risorse umane e delle loro forme di reclutamento, verrà garantita, nei limiti dell'incertezza legata alla disponibilità o meno di graduatorie ESTAR, la centralità del principio della priorità del contratto a tempo indeterminato, quale modalità "ordinaria" atta a fronteggiare, in modo stabile e definitivo le esigenze assistenziali rispetto alle assunzioni a termine, a cui l'Azienda ricorrerà, a garanzia dell'erogazione dei servizi essenziali di assistenza, solo per esigenze di carattere eccezionale e temporaneo, ovvero per la sostituzione di dipendenti assenti per lunghi periodi o nell'attesa della conclusione delle relative procedure di copertura dei posti a tempo indeterminato, senza che ciò porti al ricorso a tipologie contrattuali per fini parzialmente o totalmente difformi dalla natura del contratto stesso.

Ne conseguirà la riduzione al ricorso a forme di lavoro flessibile, fermo restando l'imprevedibile sviluppo dell'emergenza epidemiologica che potrebbe tornare a condizionare la priorità delle scelte assunzionali.

Per il profilo della dirigenza medica, pur rimanendo la criticità nelle aree di pronto soccorso, ortopedia e traumatologia, anestesia e rianimazione, a causa della carenza di medici professionisti, l'Azienda in corso d'anno ha garantito il tempestivo turn over di varie discipline mediche, anche grazie alla possibilità di attivare contratti ai sensi della L. 145/2018.

Nell'arco di vigenza del PTFP, si porteranno a compimento tutte le assunzioni già deliberate lo scorso 2021, sia del comparto sanità (in particolare oss e infermieri tecnici di laboratorio e radiodiagnostica), sia della Dirigenza sanitaria che del comparto amministrativo.

Gli obiettivi relativi alla spesa per il personale ed alla complessiva consistenza degli organici concordati o che saranno concordati con la Regione Toscana saranno conseguiti attraverso la modulazione del ricorso ai lavoratori in somministrazione, la riduzione della spesa per progetti di prestazioni aggiuntive, nonché attraverso ulteriori azioni gestionali che si rendessero necessarie in corso d'anno.

STABILIZZAZIONI

Al fine di superare il precariato, ridurre il ricorso ai contratti a termine e valorizzare la professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, si procederà con assoluta priorità rispetto ad altre forme di copertura dei fabbisogni, alla stabilizzazione del personale precario sia del comparto (ai profili sanitari cps fisioterapista, oss e infermiere) che della dirigenza sanitaria entro i limiti ed i tetti fissati dalla normativa, anche in considerazione del fatto che tali procedure non incrementano il numero di unità di personale, essendo rapporti di lavoro già in essere.

A tal proposito e con riferimento alla dirigenza, un'area di intervento è riferita ad attività originariamente progettuali divenute stabili e continuative, al fine di prevederne un incardinamento definitivo in base alle esigenze specifiche e agli ambiti di attività (neurochirurgia e cardiocirurgia).

Si procederà all'attivazione delle procedure di stabilizzazione, sia ex D. Lgs 75/2017 (nelle modalità individuate dalla normativa vigente in materia e nei DPCM dedicati alla sanità) che in

applicazione del comma 268 lettera b) della Legge n. 234 del 30/12/2021. A tal fine (per le procedure di gestione diretta dell'AOU) si predisporranno specifici avvisi applicando i criteri di priorità fissati dalla Regione Toscana (ossia l'essere in servizio, alla data di pubblicazione dell'avviso, presso l'Azienda/Ente del SSR che procede alla stabilizzazione, l'anzianità di servizio ulteriore rispetto ai diciotto mesi, che valgono come requisito di ammissione alla procedura di stabilizzazione).

Tali iniziative, oltre a costituire un elemento di rafforzamento dei percorsi cui il personale era stato preposto, introdurranno elementi di certezza operativa a garanzia dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, proprio in virtù dell'inserimento in maniera definitiva di figure professionalmente idonee a garantire il buon andamento delle attività.

CONTRATTI DI LAVORO AUTONOMO

L'Azienda manterrà sostanzialmente lo stesso obiettivo dell'anno precedente in cui l'utilizzo di tali tipologie ha avuto un ruolo "servente" rispetto alle forme ordinarie di assunzione, con la gestione "dinamica" che ha condotto ad una riduzione del ricorso a tale forma di lavoro e che dovrà continuare in modo più stringente nel prossimo triennio, prevedendo la limitazione ai soli casi eccezionali e la cessazione alla scadenza naturale dei contratti in essere attivati con oneri a carico del bilancio, come regola generale, salvo valutazioni del tutto eccezionali volte a sopperire carenze improvvise straordinarie e non trascurabili o l'avvio di progettualità peculiari e specifiche quali, prima fra tutte, l'attivazione dei contratti libero professionali per fronteggiare l'emergenza COVID (ai sensi dell'art. 2 bis del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020, convertito in legge con modifiche dalla Legge n. 27 del 24 aprile 2020 - COVID-19).

In questo ambito è importante segnalare che, pur non rappresentando un costo del personale "in senso proprio", quello sostenuto per l'attivazione di contratti libero professionali per emergenza Covid-19, è un costo che viene comunque incluso nell'analisi e programmazione del fabbisogno del personale.

Si segnala ancora, con particolare riferimento al personale medico, come sia sempre più critica la fase di reclutamento dei professionisti per alcune discipline (anestesia e rianimazione, medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza). Spesso si configura uno scostamento tra domanda ed offerta di lavoro con procedure concorsuali che sempre più frequentemente esitano in graduatorie insufficienti a garantire i fabbisogni aziendali. Di qui la necessità di ricorrere anche a contratti libero professionali che, seppur ridotti, costituiscono ancora un'importante fonte di reclutamento.

LAVORO INTERINALE

Parimenti l'Azienda manterrà l'obiettivo di ridurre il ricorso a tale tipologia contrattuale limitandone l'utilizzo a casi eccezionali in ragione della sua caratteristica di reclutamento più rapido rispetto alle forme di lavoro dipendente nelle pubbliche amministrazioni, ferma restando l'esigenza di mantenere un contingente di lavoratori interinali necessario ad assicurare una pronta risposta alle fluttuazioni dell'andamento pandemico.

ASSUNZIONI PREVISTE DA OBBLIGHI DI LEGGE 68/99

Nell'anno 2022 si procederà al completamento delle assunzioni (per chiamata numerica) concordate con ARTI (n.15 unità) e l'immissione in servizio dei vincitori delle relative procedure concorsuali unificate ESTAR (vari profili comparto sanità per un n.8 unità), già avviate nel corso del 2021, nonché l'attivazione in modo autonomo di procedure selettive per i profili di competenza come da specifiche convenzioni conservate agli atti. Per quanto riguarda la verifica della copertura della cosiddetta quota d'obbligo ex legge n. 68/2009 si conferma quanto accertato dal Prospetto informativo inviato ai sensi dell'art. 9, comma 6, Legge 68/1999 e ricevuto dai competenti uffici dell'Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego.



PROGRESSIONI VERTICALI

Con il Piano di fabbisogno 2022/2024 si conferma la volontà di valorizzare i propri dipendenti favorendone la crescita professionale mediante apposite progressioni verticali.

Nel prossimo biennio si attiveranno tutte le procedure per le quali se ne verificheranno le condizioni nel rispetto delle normative vigenti e delle indicazioni regionali nelle misure consentite dalla legislazione vigente. Saranno sempre possibili, i cosiddetti “passaggi orizzontali” finalizzati all’adeguamento dell’inquadramento del personale rispetto alle competenze possedute e la corrispondenza tra profilo di inquadramento e mansioni svolte.

La realizzazione delle predette procedure di reclutamento c.d. “speciali” di cui appena sopra (stabilizzazione e progressione interna) verranno sempre effettuate nel rispetto del principio dell’adeguato accesso dall’esterno.

MOBILITA’

Tenuto conto di quanto previsto dall’art. 30, comma 2-bis del d. lgs. n. 165/2001 nonché dei principi dettati a livello regionale, ove nel periodo di vigenza del presente piano vi sia la disponibilità di posti di organico anche di livello dirigenziale, saranno attivati processi di mobilità esterna, previa immissione, in via prioritaria, nei ruoli dell’Azienda dell’eventuale personale di altre amministrazioni attualmente in servizio in posizione di comando fermo restando il rispetto delle ulteriori disposizioni normative che dovessero trovare applicazione in materia.

Nell’ottica di ottimizzare e riequilibrare la collocazione del personale reclutato con procedure accelerate per far fronte alle necessità sorte in conseguenza dell’emergenza Covid 19, si favoriranno le procedure di mobilità compensativa e volontaria rivolte al personale del comparto. La DGR 966 adottata in data 27 settembre 2021 ha individuato un nuovo sistema per l’attivazione della mobilità di interscambio all’interno della regione su portale unico ESTAR, con un evidente miglioramento in termini di trasparenza delle procedure e un incremento del numero di abbinamenti realizzabili, con regole uniche regionali;

L’Azienda per il prossimo triennio programmerà una riduzione dell’attività aggiuntiva, tramite un governo più puntuale delle risorse disponibili, limitandone quindi il ricorso alle sole ipotesi di carenze di organico per le quali le forme di reclutamento ordinario risulteranno inadeguate e qualora detto ricorso si rendesse necessario per programmi straordinari finalizzati alla riduzione delle liste di attesa.

ORGANICO AL 31.12.2021

Nel prospetto che segue vengono rappresentate, in maniera sintetica e aggregata, le consistenze degli organici al 31.12.2021. Gli anni 2023 – 2024 sono, al momento, stimati nel valore uguale al 2022.

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CAREGGI ASSUNZIONI E CESSAZIONI 2019-2021							
Personale	N. Assunzioni 1.1.2019- 31.12.2019	N. Cessazioni 1.1.2019- 31.12.2019	N. Assunzioni 1.1.2020- 31.12.2020	N. Cessazioni 1.1.2020- 31.12.2020	N. Assunzioni 1.1.2021- 31.12.2021	N. Cessazioni 1.1.2021- 31.12.2021	N. Dipendenti a tempo indeterminato al 31.12.2021
Dirigenti medici	47	39	99	46	93	57	912
Dirigenti veterinari							0
Dirigenti sanitari	1	8	16	2	23	1	107
Dirigenti professioni sanitarie	1					1	3
Dirigenti ruoli professionale e tecnico		1	2		4	1	13
Dirigenti ruolo amministrativo							13
Infermieri	82	97	240	101	62	108	2159
Altro personale comparto ruolo sanitario	55	45	61	32	83	38	606
Operatori socio sanitari	59	44	202	57	97	90	954
Altro pers. comparto ruoli profile e tecnico	1	23	3	31	2	35	367
Personale comparto ruolo amministrativo	9	7	19	25	33	18	335
TOTALE (dirigenti + comparto)	255	264	642	294	397	349	5469

PIANO AZIENDALE DI FORMAZIONE

In un contesto organizzativo complesso e caratterizzato dall'alta specializzazione quale quello dell'AOU Careggi, diventa prioritario identificare le esigenze di crescita dei professionisti (analisi fabbisogni), selezionando le tecniche più adatte per rafforzare la professionalità ed offrire supporto agli operatori nella loro crescita professionale.

Diviene fondamentale quindi evidenziare per i percorsi formativi tre ambiti di azione che si riallacciano agli obiettivi ECM (Educazione Continua in Medicina) di riferimento nazionale:

- **sviluppo delle competenze professionali**, inteso come definizione delle competenze chiave da possedere per lo svolgimento delle singole professioni. Il sistema di valutazione traccia i punti di forza e di debolezza rispetto alle competenze chiave e indirizza i progetti di formazione mirata;
- **consapevolezza organizzativa**, intesa come conoscenza dell'organizzazione e capacità di agire rispetto alle proprie competenze e ai propri ruoli;
- **sviluppo di carriera**, come definizione di percorsi di carriera professionali sulla base delle capacità e dei talenti.

In tale ottica il Piano Formativo Aziendale (PAF) descrive il contesto, le strategie e l'insieme delle attività formative previste dall'AOU Careggi. È uno strumento di programmazione per la gestione e la valorizzazione dei professionisti ed è riferito a tutte le categorie professionali. Il PAF illustra le attività di formazione previste che comprendono gli obiettivi alla base delle scelte formative proposte, l'impegno economico previsto, i destinatari delle azioni formative, i sistemi di verifica e di valutazione di qualità e di efficacia degli interventi programmati.

Il PAF garantisce ai professionisti dell'Azienda l'aggiornamento professionale, le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche, relazionali e manageriali con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza nell'assistenza prestata.

Il PAF è regolamentato dalla normativa vigente sia in ambito di riorganizzazione del sistema sanitario che del sistema di educazione Continua in Medicina.

Il programma di formazione AOUC del 2022 è articolato in **290** progetti formativi, raggruppati nello schema seguente per tipologia di obiettivo formativo.

GLI OBIETTIVI FORMATIVI

OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO PROFESSIONALI	CONOSCENZE E COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI NEL SETTORE SPECIFICO DI ATTIVITA'	Gli eventi che programmano il loro conseguimento sono specificatamente rivolti alla professione di appartenenza o alla disciplina	116
OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO	CONOSCENZE E COMPETENZE NELLE ATTIVITA' E NELLE PROCEDURE IDONEE A PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' EFFICIENZA EFFICACIA APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DEGLI SPECIFICI PROCESSI DI PRODUZIONE DELLE ATTIVITA' SANITARIE	Obiettivi formativi specificatamente rivolti ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione	109
OBIETTIVI FORMATIVI DI SISTEMA	CONOSCENZE E COMPETENZE NELLE ATTIVITA' E NELLE PROCEDURE IDONEE PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' EFFICIENZA EFFICACIA APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DEI SISTEMI SANITARI	Obiettivi che di norma, si rivolgono a tutti gli operatori avendo quindi caratteristiche interprofessionali	65
TOTALE			290

Al fine di diffondere ed offrire un'offerta formativa che abbia un'ottica allargata anche all'esterno di AOU Careggi si sono messi in evidenza anche percorsi formativi promossi da Enti Esterni. Si vuole infatti valorizzare la possibilità di creare network formativo: da un lato con le altre strutture aziendali interne affinché i processi formativi siano presenti trasversalmente e rispondano in modo efficace ed immediato agli indirizzi aziendali, dall'altro con strutture di formazione di altre aziende esterne in ottica di benchmarking con centri specializzati quali il **FORMAS (Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria)**, **l'ESTAR(Ente per i Servizi Tecnico Amministrativi Regionali)**, **l'ISS(Istituto Superiore di Sanità)**, **l'UNIFI (Università degli Studi di Firenze)** per rispondere in modo aggiornato ai bisogni di tutti gli attori del sistema sanitario in linea con le migliori evidenze scientifiche, le metodologie e gli strumenti didattici innovativi (ad es. **BANDO INPS Master Universitari Executive a.a. 2021-2022**).

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

Questa sezione descrive, in relazione a ciascun ambito di programmazione previsto dal Piao e rappresentato nelle sezioni precedenti, quali sono le tempistiche e le modalità di valutazione riguardo al conseguimento degli obiettivi dichiarati e all'implementazione delle azioni in programma.

MONITORAGGIO PERFORMANCE

Per far sì che la programmazione degli obiettivi da raggiungere porti a dei buoni risultati, occorre sempre alla fase di programmazione vera e propria far seguire la fase del monitoraggio. E' in tale fase infatti che, nel corso dell'anno, viene monitorato l'andamento degli indicatori in modo tale da rendersi conto se alcuni degli obiettivi prefissati sono lontani dalla loro realizzazione ed è pertanto necessario porre in essere delle azioni correttive per far sì che alla fine dell'anno tali obiettivi vengano effettivamente raggiunti. La finalità di qualsiasi processo di programmazione e controllo è infatti quella di indirizzare le azioni dell'organizzazione verso il raggiungimento degli obiettivi prefissati; è quella dunque di governare l'azienda in maniera guidata rispetto all'andamento non organizzato delle attività. Per tale motivo alla fase di definizione degli obiettivi, siano essi strategici di medio-lungo periodo, od operativi annuali di breve periodo, deve seguire sempre la fase di monitoraggio.

Relativamente agli **obiettivi annuali di budget contenuti nel Piano della Performance**, l'Azienda effettua un monitoraggio di tutti gli indicatori contenuti nelle schede budget, con cadenza periodica: per alcuni indicatori è necessario un monitoraggio più frequente, per altri meno. Nel caso si rilevino delle criticità è utile incontrarsi con i diretti interessati per cercare di condividere come intervenire. Nell'Azienda sono ormai diversi anni che è stata strutturata una **piattaforma web** nella quale sono presenti le schede budget consultabili in ogni momento dai direttori di struttura e dove, con cadenza periodica, vengono caricati i valori dei diversi indicatori, con evidenziazione, mediante delle "faccine colorate" della performance raggiunta. La faccina rossa indica che vi è una criticità, gialla una performance media, verde una performance buona, verde scuro una performance ottima. Nella stessa piattaforma è inoltre caricata una reportistica di maggiore dettaglio degli indicatori, dove i report possono essere consultati in ogni momento da ogni dipendente dell'Azienda. Alla fase di monitoraggio infra-annuale, una volta finito l'anno, segue la verifica finale, approvata dall'OIV. I risultati della verifica finale vengono esposti annualmente nella **Relazione sulla Performance** e **pubblicati nel sito** istituzionale dell'Azienda.

MONITORAGGIO SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI

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

Le domande proposte, a risposta chiusa ed aperta, consentono al paziente di esprimere pareri, criticità e di segnalare elementi o persone che hanno fatto la differenza nell'esperienza di cura. Le risposte dei pazienti al questionario sono raccolte e restituite attraverso una piattaforma ai responsabili delle Aziende Sanitarie. L'indagine è sistematica e parte di un Osservatorio permanente.

In questo caso il monitoraggio del livello di soddisfazione è possibile in tempo reale durante tutto l'anno. Si tratta quindi di un'opportunità davvero importante per lavorare sul miglioramento della qualità dell'assistenza, dal momento che le informazioni raccolte possono essere fonte preziosa di indicazioni, sia in relazione alle criticità da affrontare, sia riguardo alla possibilità di valorizzare gli esempi virtuosi che ne emergono.

MONITORAGGIO E RIESAME AMBITO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

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

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

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

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

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

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

Tale riesame richiede la partecipazione attiva dei dipendenti al processo di gestione del rischio e all'attuazione delle misure di prevenzione programmate, al fine di individuare rischi emergenti, identificare ulteriori processi organizzativi da mappare, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio. È una prassi che non porta all'introduzione di nuovi controlli ma a razionalizzare e sistematizzare quelli esistenti, migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi prefissati e sensibilizzando le persone alla partecipazione attraverso la consultazione e la comunicazione.

L'attuazione degli obblighi di pubblicità in materia di trasparenza è oggetto di monitoraggio costante da parte dei dirigenti responsabili e dei loro referenti operativi.

Le modalità di gestione dei dati e delle informazioni riportate sul sito internet dell'Azienda sono rimesse alla responsabilità del dirigente della singola Struttura aziendale che li produce o comunque li detiene rispondendo dunque della loro correttezza, completezza e aggiornamento. Come espressamente previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, i dirigenti responsabili di Struttura devono garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni, da pubblicare nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Il RPCT, coadiuvato dal Gruppo operativo e dalla Redazione web, effettua un monitoraggio semestrale sugli adempimenti di cui al D.Lgs 33/2013 (e per talune informazioni, ad esempio quelle contenute in "consulenti e collaboratori", anche trimestrale) e quando necessario sollecita i dirigenti a cui compete l'adempimento o l'aggiornamento da effettuare.

Infine, l'OIV attesta annualmente il rispetto degli obblighi di trasparenza in capo all'Azienda, attraverso una verifica compiuta con l'utilizzo di un file c.d. "griglia di attestazione" predisposto ogni anno da A.N.A.C e contenente alcuni obblighi a campione.

MONITORAGGIO PIANO ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE

Il monitoraggio delle azioni e degli obiettivi definiti per migliorare l'organizzazione e l'impatto del lavoro agile è costruito con riferimento all'andamento degli indicatori esplicitati nelle tabelle esposte nella sezione 3. Molti degli indicatori presenti richiedono indagini ad hoc che prevedono anche la sottomissione del personale a specifiche indagini e sondaggi pertanto la tempistica di monitoraggio completo al momento può essere impostata su una cadenza annuale.



MONITORAGGIO PIANO TRIENNALE FABBISOGNI PERSONALE

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

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