



Azienda
Ospedaliero
Universitaria
Careggi

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2026-2028



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE 2026-2028

AZIENDA OSPEDALIERO -
UNIVERSITARIA CAREGGI



Adottato con Provv.D.G.n 70 del 30/01/2026



SOMMARIO

	1
PREMESSA	1
GRUPPO DI REDAZIONE	2
QUADRO GENERALE	2
SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	4
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	5
VALORE PUBBLICO	5
DIGITALIZZAZIONE	14
ACCESSIBILITA' PER DISABILI ED OVER 65	16
PERFORMANCE	17
PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: OBIETTIVI DI BUDGET 2026	20
PERFORMANCE INDIVIDUALE: OBIETTIVI 2026	27
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	28
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	32
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	32
QUALITA' E SICUREZZA PIANO AZIONI 2026-2028	33
PARITA' DI GENERE	34
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	36
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	38
PIANO AZIENDALE DI FORMAZIONE	42
PIANO AZIENDALE DI COMUNICAZIONE	45
SEZIONE 4 - MONITORAGGIO	52
MONITORAGGIO PERFORMANCE	52
MONITORAGGIO SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI	53
MONITORAGGIO AMBITO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	53
MONITORAGGIO PIANO ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE	54
MONITORAGGIO PIANO TRIENNALE FABBISOGNI PERSONALE	54

PREMESSA

Il **Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)** dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi è redatto ai sensi dell'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, e secondo le modalità definite dal D.P.R. 24 giugno 2022, n. 81 e dal D.M. 30 giugno 2022, n. 132.

Il PIAO si inserisce tra le misure operative previste dal **PNRR**, concepite per sostenere la riforma della PA e rafforzarne la capacità amministrativa, migliorando efficienza, trasparenza e qualità dei servizi. In linea con le nuove **Linee Guida e i Manuali Operativi del Dipartimento della Funzione Pubblica (Dicembre 2025)** e con gli orientamenti della **Legge di Bilancio 2026 (L. 199/2025)**, lo strumento si propone quale leva strategica per la governance basata sui dati.

Il Piano persegue un duplice obiettivo:

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

Ispirandosi alle indicazioni del **DM 132/22** e ai recenti aggiornamenti metodologici del **2025/2026**, il PIAO aziendale si fonda sui seguenti **principi di qualità** che rappresentano altrettante **sfide di miglioramento**:

1. **Funzionalità al Valore Pubblico**: qualificazione e quantificazione degli obiettivi in relazione alla loro capacità di impattare sul benessere degli utenti e degli stakeholder.
2. **Selettività**: definizione delle priorità che devono guidare la selezione di pochi e chiari obiettivi coerenti con i fabbisogni definiti.
3. **Adeguatezza dell'impianto**: identificazione di obiettivi sfidanti e indicatori congrui basati su metriche e fonti dati solide e capaci di favorire il confronto con altre realtà (benchmarking).
4. **Integrazione**: evidenza, attraverso l'integrazione dei contenuti, della sequenzialità dei passaggi da strategia a obiettivi e azioni (integrazione verticale) e della connessione tra le diverse sezioni, che permette di superare la frammentazione informativa (integrazione orizzontale).
5. **Semplificazione**: razionalizzazione e snellimento del documento al fine di favorirne predisposizione e lettura

L'aggiornamento del Piano per il triennio **2026-2028** segna un ulteriore passo avanti nel processo di integrazione documentale dell'AOU Careggi. Rispetto alle precedenti edizioni sono presenti alcuni elementi di novità:

- **Piano di Comunicazione**: al fine di garantire una visione unitaria delle strategie dell'azienda, il Piano di Comunicazione Aziendale, precedentemente redatto come atto autonomo, viene pienamente integrato nel PIAO. Questa scelta mira a rafforzare il legame tra gli obiettivi strategici e le modalità di interazione con gli stakeholder, rendendo la comunicazione una leva fondamentale per la generazione di Valore Pubblico e per la trasparenza dei servizi sanitari.
- Richiamo al **Piano degli Spostamenti Casa Lavoro (PSCL)** adottato a dicembre 2025 e al suo impatto sulle strategie in termini di Valore Pubblico;
- **Spinta sulla Transizione Digitale**: sono stati potenziati i contenuti legati alla digitalizzazione, con specifico riferimento ai progetti di Sanità Digitale (telemedicina, alimentazione

Fascicolo Sanitario Elettronico) finanziati dal PNRR ed all'introduzione dell'Intelligenza Artificiale come necessario bagaglio di conoscenza da acquisire e consolidare e come imperdibile occasione di ripensamento dei processi in ottica di semplificazione e ottimizzazione.

In conclusione, il **PIAO** non deve essere inteso come un mero adempimento formale, ma come la testimonianza di un **percorso di crescita progressivo** e incrementale da affrontare edizione dopo edizione: una sfida che richiede la continua maturazione di competenze e di consapevolezza strategica a ogni livello dell'organizzazione. In linea con le riflessioni stimulate dalle nuove linee guida metodologiche, l'Azienda si impegna a favorire una condivisione delle fasi di **predisposizione** del documento sempre più **partecipata**, volta a superare la frammentazione dei contenuti per integrare alla base i processi gestiti da ciascuna struttura. Solo attraverso questa **cooperazione corale e multisettoriale** è possibile garantire piena coerenza all'intero percorso programmatico, migliorando sensibilmente la probabilità che una macchina organizzativa orientata ed efficiente possa creare Valore Pubblico reale e tangibile per la collettività.

GRUPPO DI REDAZIONE

Manuela Benelli, Tito Berti, Paolo Campigli, Ilaria Carli, Maria Antonietta Cruciata, Paola D'Onofrio, Monica Giuli, Barbara Lombardo, Gabriele Marconcini, Paola Marzuoli, Andrea Morganti, Claudia Muscolino, Alessandra Sitzia, Giulio Toccafondi, Barbara Tonietti, Stefano Vezzosi, Andrea Zuncheddu

QUADRO GENERALE

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

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

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

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

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

ammodernamento delle tecnologie disponibili ed un potenziamento della digitalizzazione del SSN per un miglioramento nella capacità di erogazione dei servizi sanitari e del relativo monitoraggio.

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

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

Il **biennio 2023 2024** è stato caratterizzato dalla ripartenza post pandemica, dalla ripresa a pieno regime delle attività programmate e finalizzate all'abbattimento delle liste di attesa. Il Covid, nella sua fase ormai endemica, pur ridimensionando il suo impatto clinico ed assistenziale, ha lasciato comunque le sue tracce in termini di complessità organizzativa, richiedendo ancora uno sforzo significativo per garantire l'isolamento dei pazienti contagiati all'interno dei percorsi di ospedalizzazione. L'azienda ha potuto anche rimettere mano ai grandi progetti per il suo futuro: dalla definizione di nuove destinazioni per alcuni edifici del campus non più utilizzati per l'attività assistenziale, alle nuove edificazioni o agli adeguamenti strutturali e tecnologici, fino alla revisione dell'assetto organizzativo aziendale con l'adozione di un nuovo Statuto. Sicuramente il contesto nazionale e regionale, con il **PNRR** e la riforma del modello di servizio dell'assistenza territoriale prevista dal **DM 77/2022**, ha avviato una nuova stagione di investimenti nel Sistema Sanitario e questo è stato di stimolo per riorientare visioni e logiche di percorso.

Dal punto di vista della produzione, il **2025** si è tenuto in linea con la ripresa già avviata nel periodo post pandemico, mantenendo i ricoveri ordinari sui **volumi 2024**. Riguardo al percorso chirurgico, gli interventi complessivi annui sono rimasti stabili sul valore 2024; su questo risultato ha pesato il freno alle attività legato alla mancata copertura dei turni di sala dei primi due mesi dell'anno (-4%) che non ha trovato sufficiente compensazioni nei trend positivi degli ultimi mesi (+3%). Se questo è vero a livello di attività complessiva aziendale, si evidenziano tuttavia variazioni in deciso incremento in ambiti strategici ad alta complessità e ad alto assorbimento di risorse. È il caso della **chirurgia robotica**, che incrementa del **+4%**, della neurochirurgia, che si attesta su un **+8%** e della chirurgia vascolare, che raggiunge un **+9%**. I soli interventi per l'inserimento di TAVI sono cresciuti di circa il **+3%** e risultano in incremento anche pneumotoracica (+2%), cardiocirurgia (+1%), otorino e maxillo (+3%), chirurgia generale (+4%) e urologia (+2%).

È giusto sottolineare, peraltro, che il numero complessivo degli accessi in sala mantiene anche il distacco positivo del **+10%** sulla produzione del **2019**, ultimo anno prima della pandemia e dunque riferimento storico del picco di produzione raggiunto prima della crisi.

I livelli di produzione raggiunti danno atto di una evoluzione del sistema verso modelli più strutturati e sostenibili, rispettosi dei bisogni dei pazienti ma anche della necessità di ottimizzare le risorse a vantaggio di tutta la domanda. Se, dunque, sul fronte della risposta chirurgica, si nota l'accelerazione che ha permesso all'azienda di effettuare un sostanziale recupero sulle liste di attesa accumulate durante la pandemia, sul fronte dei ricoveri ordinari (-5%) e degli accessi PS (-11%) si è ormai stabilizzata la riduzione rispetto al 2019, a conferma di una trasformazione non casuale dell'assetto di alcuni percorsi, riposizionati su regimi diurni meno impattanti per il paziente e con una velocità di rotazione maggiore sulle dotazioni strutturali aziendali.

Lo scenario pandemico e le esperienze di successo che ci hanno consentito di gestire la fase più complessa della storia del Sistema Sanitario, hanno mostrato quanto fossero fallimentari i modelli di totale

ospedalizzazione, favorendo il ripensamento di alcuni approcci assistenziali in una logica di integrazione ospedale territorio, con lo scopo di avvicinare l'assistenza al paziente mobilitando mezzi e risorse in maniera dinamica, in modo da garantire una risposta specialistica anche in ambito domiciliare o di residenza sanitaria. Un forte coordinamento fra medici del territorio e medici specialisti può infatti essere la chiave giusta per gestire la cronicità, monitorare con continuità l'evolversi del quadro clinico del paziente e soprattutto concordare, al bisogno, gli interventi diagnostici e terapeutici necessari ed il setting più appropriato, senza ricondurre la valutazione al solo ambito ospedaliero, dove si può generare un sovraccarico per le strutture che non è funzionale né al paziente né al sistema. Di questi orientamenti si è fatto carico il **DM 77/22** come cornice normativa nazionale poi declinata a livello toscano nella **DGR 1508/22**.

Per il prossimo triennio, la **sfida per la Direzione ed i Dipartimenti**, rinnovati con l'entrata in vigore nel **nuovo Statuto Aziendale a fine 2024**, sarà quella di ridefinire l'assetto organizzativo interno anche in termini di processi e di percorsi. Questa volta, con uno sguardo aperto alle opportunità offerte da una integrazione con le risorse del territorio, che, in questa fase storica di riposizionamento dei confini secondo una logica di rete, si possono offrire a sinergie estremamente funzionali per costruire un modello di servizio affidabile, sostenibile e, quindi, credibile.

La sfida diventa dunque quella della definizione e formalizzazione di questi modelli di collaborazione fra azienda ospedaliera ed azienda territoriale di riferimento nel **documento di programmazione unico ed integrato a livello di Area Vasta Centro**. L'impianto del documento, costruito attraverso la cooperazione fra le due aziende, ha già ispirato nuovi orientamenti ed assetti e ha dato avvio a tavoli di confronto necessari per ripensare a standard formativi e di processo omogenei, a modelli agevoli di collaborazione ed a protocolli di servizio che, nel rispetto delle reciproche prerogative, garantiscano integrazione professionale e disciplinare nel confezionamento di una risposta che, se efficace, diventa anche efficiente per il sistema nel suo complesso.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi è una delle realtà fra le più significative della sanità toscana, oltre a essere considerata un'importante struttura di riferimento a livello nazionale per l'alto profilo professionale e umano dei suoi operatori. L'Azienda ha ottenuto, infatti, il riconoscimento come migliore ospedale all'interno del Rapporto Agenas 2024, e anche per il 2025 si è confermata tra i migliori ospedali d'Italia, con 7 aree cliniche su 8 ai massimi livelli di aderenza agli standard, previsti dal sistema Agenas, che valuta le performance degli ospedali italiani sulla base di indicatori di qualità, sicurezza ed efficienza delle cure (PNE).

L'Azienda è di fatto come una "piccola cittadina" nella quale sono ricoverati ogni giorno oltre 1.000 pazienti, mentre circa 290 pazienti accedono giornalmente al Pronto Soccorso. Si effettuano ogni giorno circa 200 accessi in sala operatoria ed 8 parti. Vengono erogate giornalmente circa 17.000 prestazioni di laboratorio, circa 1.700 prestazioni di diagnostica per immagini ed oltre 1.700 visite specialistiche.

Nel 2025 l'azienda ha mantenuto il livello di produzione che l'ha portata a quota +10% dai volumi chirurgici 2019, essenziali ai fini del recupero delle liste di attesa se si considera che rappresentano oltre 5.200 interventi aggiuntivi realizzati già in 2 anni. Per il Pronto Soccorso, dopo la forte contrazione del triennio 2020-2022, a partire dal 2023 gli accessi sono progressivamente aumentati pur rimanendo complessivamente inferiori al 2019. Nella tabella sottostante sono riportati i principali dati di attività e di risorse dell'Azienda relativamente all'anno 2025 (dati provvisori in attesa della chiusura flussi informativi e bilancio).

N. RICOVERI ORDINARI: **45.158**

N. DAY HOSPITAL: **14.976**

N. RICOVERI CHIRURGICI: **35.122**

N. RICOVERI MEDICI: **25.012**

GG DEGENZA (RO+DH): **398.923**

PESO MEDIO RICOVERI ORDINARI: **1,3**

ALTA COMPLESSITA' R.O.: **20%**

ATTRAZIONE EXTRA REGIONE R.O.: **10%**

N. PREST. AMBULATORIALI PER PZ ESTERNI: **4 Mil**

N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER PZ INTERNI: **3,2 Mil**

N. PRESTAZIONI DI LABORATORIO: **5 Mil**

N. PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: **0,5 Mil**

N. VISITE SPECIALISTICHE: **0,5 Mil**

N. INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE: **18.623**



N. ACCESSI IN SALA OPERATORIA: **59.810**

N. INTERVENTI ROBOTICA: **1.919**

N. NEONATI: **3.006**

N. ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO: **107.009**

POSTI LETTO TOTALI: **1.214**

DIPENDENTI OSPEDALIERI: **5.318**

PERSONALE UNIVERSITARIO: **204**

ALTRO PERSONALE: **264**

SPECIALIZZANDI: oltre **2.000**

RICAVI PRODUZIONE: **770 Mil**

COSTI PRODUZIONE: **790 Mil**

SEZIONE 2 – VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

VALORE PUBBLICO

Responsabilità istituzionale e Valore Pubblico

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

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

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

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

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

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

Valore Pubblico e tutela della salute

Applicare questa impostazione ad una amministrazione pubblica che si occupa di **salute** apre ancora più spazi di connessione con le politiche per la collettività. Il concetto di salute va oltre il **benessere** psicofisico, secondo la definizione **dell'OMS del 1948**. È necessario un impegno a considerare la salute in tutte le politiche e una sensibilizzazione a leggere il tema della salute secondo un approccio culturale orientato alla comunità, all'ambiente e allo sviluppo delle capacità individuali. Sempre più la questione di fondo si riconduce ad affrontare le **"diseguaglianze di salute"**. Oggi il principio di universalità va ampliato: dobbiamo partire da servizi rivolti a tutti indistintamente, ma declinati su ogni persona considerata nella sua individualità e nel suo sistema di relazioni. Il sistema sanitario e sociale regionale si deve rivolgere a tutti per essere di qualità, ma insieme si deve porre l'obiettivo di ridurre la forbice tra le famiglie più avvantaggiate e quelle meno, diminuendo le diseguaglianze. In questa direzione promuovere un welfare etico e partecipato significa considerare i singoli cittadini e le loro aggregazioni sociali, a cominciare dalle famiglie, non solo come potenziali beneficiari dei servizi di welfare, ma come risorse della comunità locale che concorrono alla definizione degli stessi interventi volti a risolvere gli stati di bisogno di cui sono portatori. Si tratta di far scattare un meccanismo connettivo che crei fiducia ma anche responsabilizzazione collettiva rispetto ad un sistema che, in quanto pubblico, è di tutti e da tutti come pazienti o cittadini deve essere sostenuto e tutelato.

L'**Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi** rappresenta uno snodo fondamentale per la sanità toscana e per l'intera Regione. Si tratta di una struttura con una solidità ed una credibilità come modello di riferimento sia a **livello nazionale** che internazionale. Al tempo stesso, è anche **"ospedale dei fiorentini"**, percepito come intrinsecamente appartenente alla città, della quale costituisce elemento identitario e culturale importante.

Lo scopo fondamentale dell'Azienda e la giustificazione stessa della sua esistenza consistono nel raggiungimento del più **elevato livello di risposta alla domanda di salute**, definita come **recupero e mantenimento della salute fisica, psichica e sociale**, in un processo che includa in modo inscindibile la

didattica, come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori e dei soggetti in formazione e la **ricerca**, volta al continuo progresso delle conoscenze cliniche e biomediche.

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

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

Impostare nuove strategie organizzative comporta fare delle **scelte** guidate dalla consapevolezza 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 disuguaglianze di accesso alle prestazioni rappresentano il primo segnale di un sistema pubblico che non riesce a creare valore e dunque livelli di risposta omogenei.

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

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

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

- perseguire l'**innovazione** in sanità anche promuovendo nuove soluzioni organizzative per garantire un'appropriata risposta alla crescente domanda di salute e di benessere dei cittadini secondo i principi della medicina di precisione, personalizzata e di genere;

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

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

La complessità del **contesto** attuale espone a vincoli e **rischi**, ma anche a **stimoli** in grado di offrire, se saputi cogliere con prudenza ma con apertura, nuove traiettorie di sviluppo sia in termini di competenze che di modelli organizzativi.

Il Valore Pubblico al centro della programmazione 2026-2028

Il **modello logico** del **PIAO 2026-2028** dell'AOU Careggi si ispira alla **Piramide del Valore Pubblico**, il framework suggerito anche dalle recenti Linee Guida, che offre una efficace rappresentazione di come la programmazione, se ben costruita, da adempimento burocratico possa diventare davvero leva strategica per il benessere della collettività.

La struttura piramidale suggerita segue una logica consequenziale: l'equilibrio ed il rinnovamento delle risorse, la salute professionale in termini di reclutamento e formazione e la salute organizzativa, rappresentano gli **input** dei processi e costituiscono la **Base Abilitante**, le fondamenta necessarie per far funzionare la macchina ed ottimizzare le **Leve**, ovvero le spinte in termini di azioni, che l'organizzazione decide di mettere in campo legate a cosa vuole concretamente cambiare del contesto esterno e interno. In tal senso, si parla di **Leve di Creazione** perché mirano a migliorare le performance operative, l'efficacia, l'appropriatezza e l'efficienza dei processi e di **Leve di Protezione** per quanto riguarda le azioni volte a preservare i valori della legalità, della trasparenza e della buona amministrazione. L'**apice** rappresenta l'orizzonte ultimo dell'Azienda, il miglioramento atteso nel livello generale di salute e benessere psicofisico della popolazione di riferimento; il risultato dell'agire pubblico letto in outcome di salute tangibile, come risposta alla domanda di cura, di didattica e di ricerca, ma anche, in senso più ampio, di riduzione delle disuguaglianze e di garanzia della sostenibilità del sistema.

La piramide mostra come le risorse (**Base**) abilitano le Leve (**Centro**), affinché generino gli impatti necessari a creare il Valore Pubblico finale (**Apice**). L'Azienda non persegue dunque le **performance** come

fine a sé stesse, ma come **mezzo** per garantire il miglioramento atteso della salute pubblica. Appare dunque chiaro quanto ogni livello di questo ciclo di programmazione sia funzionale agli altri e quanto **l'investimento necessario nella base**, ovvero nelle condizioni abilitanti sia spesso non solo strumentale ma **determinante** per decretare il successo o il fallimento di qualsiasi strategia. In questo senso non si può non sottolineare quanto la digitalizzazione possa essere oggi, fra tutte le condizioni abilitanti, una delle più strategiche, sia per le opportunità di snellimento ed automazione dei processi interni, trasversalmente a tutte le funzioni ed a tutte le fasi del ciclo, sia anche per l'opportunità che l'abbattimento delle barriere fra ospedale e territorio può offrire al miglioramento dell'accessibilità e della continuità delle cure.



Impatto trasversale dell'innovazione legata all'Intelligenza Artificiale

Se la fase precedente è stata caratterizzata dalla **riflessione metodologica** e dall'insediamento di gruppi di lavoro dedicati, l'attuale maturità e la diffusione pervasiva delle tecnologie di Intelligenza Artificiale impongono oggi un salto di paradigma: il passaggio dalla semplice osservazione del fenomeno al **ripensamento strutturale** dei **processi** aziendali. Non si tratta più di presidiare una tecnologia emergente, ma di **integrare l'IA come leva strategica** a partire dalle funzioni centrali e trasversali (amministrative, tecniche e di supporto). L'obiettivo è generare **un'innovazione guidata dal centro** che, agendo sui flussi di lavoro comuni a tutte le articolazioni aziendali, sia in grado di innescare una "contaminazione" positiva e un'ottimizzazione a cascata su ogni funzione clinica e operativa.

In coerenza con questa visione, il **triennio 2026-2028** segna l'avvio di una **fase di sperimentazione** di nuovi strumenti operativi: l'Azienda mette in campo risorse dedicate, percorsi formativi specialistici e strumenti tecnologici avanzati, con l'intento di trasformare il **potenziale dell'IA** in un valore pubblico concreto, misurabile e diffuso in tutta l'organizzazione.

La declinazione del Valore Pubblico

Gli ambiti nei quali possiamo misurare la capacità dell'Azienda di orientare la risposta ai cittadini in ottica di **miglioramento del benessere economico sociale** sono rappresentati in questo schema di sintesi:



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

QUALITA' PERCEPITA

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

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

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

ACCESSIBILITA' DEI SERVIZI

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

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

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

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

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

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

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

CAMPUS ECO SOSTENIBILE

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

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

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

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

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
PROMOZIONE STILI ALIMENTARI CORRETTI	Organizzazione di iniziative di promozione di regimi alimentari equilibrati in collaborazione con i servizi mensa dipendenti e utenti	Organizzazione di giornate di promozione attraverso proposta di menù bilanciati a base di prodotti di stagione	1 giornata al mese	1-3 anni	Servizi Appaltati

In coerenza con le strategie di sostenibilità ambientale e di miglioramento del benessere dei dipendenti, l'Azienda ha adottato, con **Prov. n. 812 del 12/12/2025**, il **Piano degli Spostamenti Casa-**

Lavoro (PSCL). Tale strumento mira a razionalizzare la mobilità del personale riducendo l'impatto ambientale generato dai trasporti privati.

Tra le principali iniziative previste nel Piano figurano:

- la promozione del **carpooling** e dell'uso della **mobilità ciclabile** attraverso l'installazione di nuove rastrelliere e servizi di supporto.
- il potenziamento delle **agevolazioni** per l'acquisto di abbonamenti al **trasporto pubblico** locale (bus, treno, navetta).
- l'integrazione delle politiche di mobilità con il **Lavoro Agile**, inteso come leva per ridurre strutturalmente il numero di spostamenti necessari e le conseguenti emissioni di CO2.

Queste azioni non solo concorrono alla creazione di un Campus Ecosostenibile, ma rappresentano una leva fondamentale per il miglioramento del clima organizzativo e della qualità della vita dei lavoratori.

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
MIGLIORAMENTO DELL'IMPATTO AMBIENTALE GENERATO DAL CAMPUS	Miglioramento dell'impatto ambientale generato a partire dalle emissioni legate agli spostamenti casa lavoro dei dipendenti	Miglioramento dell'impatto ambientale generato a partire dalle emissioni legate agli spostamenti casa lavoro dei dipendenti. Confronto con la rilevazione effettuata nel 2025	Riduzione emissioni CO2 rispetto a valore 2025	1-3 anni	Rilevazione annuale spostamenti casa lavoro

ESITI

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

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

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

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

VALORE PUBBLICO	OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE	VALORE ATTESO	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
MIGLIORAMENTO CONTINUO ESITI	CONTENIMENTO TASSO MORTALITA' INTRAOSPEDALIERO	% DECEDUTI/ TOTALE DIMESSI	< media nazionale	1-3 anni	flusso SDO (schede dimissione 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	TEMPI REALIZZAZIONE	FONTE DATI
CAPACITA' DI CREARE UN BUON CLIMA INTERNO	MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI ORGANIZZATIVE CHE IMPATTANO SUL CLIMA INTERNO (comunicazione, trasparenza, percorsi di carriera, formazione etc..)	% INDICATORI DEL QUESTIONARIO CLIMA ORGANIZZATIVO SU CUI L'AZIENDA HA OTTENUTO RISULTATI POSITIVI (fascia gialla verde e verdone)	>=95%	1-5 anni	Indagine Clima Organizzativo Laboratorio Mes

DIGITALIZZAZIONE

Le misure finalizzate alla **transizione digitale** di AOU Careggi prevedono azioni orientate a rendere fruibili in digitale una serie di servizi rivolti 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.

È da sottolineare come molti interventi in ambito ICT siano **condivisi** con le altre Aziende regionali e coordinati da ESTAR per la loro implementazione. Vengono comunque di seguito riportati per l'impatto che potranno avere sulla fruibilità dei servizi in generale.

Si descrive inoltre brevemente un'area di nuova introduzione riguardante l'applicazione pratica **dell'Intelligenza Artificiale (IA)** all'operatività ospedaliera.

INTERVENTI DI LIVELLO REGIONALE

- Nuovo **LIS** (Laboratory Information System) – gara già assegnata e sistema implementato nelle altre Aziende della Toscana – 2026.
- Nuovo software per la gestione delle **cartelle dosimetriche** (Fisica Sanitaria) – 2027.
- Software gestione biobanche, in particolare per **Banca dell'Osso** – 2026.
- Rinnovo software gestione **ufficio tecnico** (per gestione appalti e contabilità lavori) – 2027.

- **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 (**portale Telemedicina**).
- Visualizzazione **immagini radiologiche via web**. La pubblicazione delle immagini consentirà la consultazione al paziente direttamente a domicilio, senza necessità di produzione di CD masterizzati – 2026.
- **Visualizzazione prestazioni e referti su fascicolo sanitario elettronico con evoluzione verso FSE 2.0:** i referti di AOUC sono da tempo pubblicati sul fascicolo sanitario del paziente, nel corso del 2026 sarà completata l'alimentazione della nuova versione del fascicolo – 2026.
- **Gestione vetrino digitale anatomia patologica:** introduzione nel corso del 2026 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 programma prevede il rilascio preventivo della versione del software unico di Anatomia Patologica regionale e l'apertura sul RIS/PACS Aziendale della possibilità di salvataggio sicuro dei vetrini digitali.
- **Applicazione misure cybersecurity** anche in relazione alla Direttiva NIS2 – 2026/2028.

INTERVENTI DI MANTENIMENTO EFFICACIA

- Sostituzione **programmata personal computer** obsoleti. Si conta di pervenire all'eliminazione dei computer dotati del sistema operativo Windows 7 - entro il 2026.
- Revisione **intranet aziendale**, finalizzata ad un migliore reperimento delle informazioni e Gestione delle risorse informatiche applicative. Presenza di sezione dedicata allo smart working per la facile reperibilità di documenti e applicativi da remoto – 2026.
- Miglioramento della piattaforma **di reporting e business intelligence** anche attraverso l'introduzione del software Microsoft PowerBI, presso un limitato numero di utenti specialisti.

INTERVENTI DI MIGLIORAMENTO COMUNICAZIONE

- **Richiesta cartelle cliniche:** funzionalità aggiuntiva da attivare self-service anche presso i 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.

PROGETTI INNOVATIVI AREA INTELLIGENZA ARTIFICIALE

AOU Careggi ha presentato nel corso del **2024-2025** alcuni progetti di **utilizzo della IA in ambito healthcare**, fra cui:

- Progetto **CIAO** (Careggi Intelligenza Artificiale Operativa) per facilitare la ricerca dati nei database aziendali.
- Sistema **PREM-IA**, per l'analisi dei PREMs rilevati dai degenti ed una loro "sentiment analysis" a livello di aree di interesse e reparto che ha fornito il servizio.
- Acquisto e sperimentazione di un limitato numero di postazioni Microsoft **Copilot** per la **familiarizzazione** con gli strumenti IA.

Nel **2026** è previsto il completamento del sistema PREM-IA in configurazione open-source, che potrà essere redistribuito alle altre Aziende per un utilizzo in modalità libera.

Inoltre:

- Sistema IA di **ausilio al triage** in pronto soccorso, con base dati di learning costituita dallo storico quinquennale degli accessi al PS 2021-2025;
- Intelligenza artificiale per lo studio e la **razionalizzazione dei referti di diagnostica per immagini**;
- **CareggiBOT**, un sistema interattivo multimediale ad uso interno per il potenziamento della ricerca informativa sulla intranet aziendale.

ACCESSIBILITA' PER DISABILI ED OVER 65

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

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

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

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

Il programma PASS vuole assicurare un accesso equo e che sia il meno pesante possibile per il paziente con **bisogni speciali**. Il progetto è nato nel 2017 per facilitare l'accesso dei pazienti con disabilità che dovevano sottoporsi ad esami diagnostici e visite specialistiche, e ad oggi conta **17 presidi Pass** in Toscana, fra cui uno è quello di **Careggi** dove **l'attività è nata nel 2018**.

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

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

Regione Toscana ha progettato una formazione che è attiva dal 2018 per il personale sanitario tutto, che comprende una formazione di Base rivolta a tutte le specialistiche e ai professionisti afferenti alle Professioni sanitarie, una formazione specifica di Emergenza/Urgenza rivolta al personale che opera nel Pronto Soccorso e al 118, ed infine si sono realizzati tre corsi formativi rivolti alle seguenti specialistiche: Odontoiatria, Ginecologia e Anestesia.

La realizzazione di questi corsi ha permesso anche l'avvio di "**comunità di pratica**" regionali a cui anche i professionisti di Careggi prendono parte. Molti gli specialisti e i professionisti di AOUC formati tra cui professionisti giovani come specializzandi nelle varie discipline.

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

A dicembre 2024 la nostra Azienda ha inaugurato anche un **Ambulatorio PASS** dedicato all'accoglienza e all'erogazione di prestazioni sanitarie per pazienti con bisogni speciali. L'ambulatorio frutto del co-finanziamento tra AOUC Regione Toscana e Associazione Vorrei Prendere il Treno, è uno spazio dedicato alle persone con disabilità che rappresenta per loro l'opportunità di ricevere cure adeguate in ambiente confortevole e predisposto a soddisfare le loro particolari esigenze. Allocated al piano terra del padiglione del CTO, l'ambulatorio vanta di un ampio parcheggio riservato all'ingresso con spazi decentralizzati, garantisce l'accessibilità completa, con ambienti accoglienti e arredi color pastello, piante sospese e possibilità di ascoltare musica e guardare video.

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

Ad oggi percorsi strutturati per l'accesso di persone con bisogni speciali riguardano circa 1300 **prestazioni erogate** in Azienda, grazie anche alla rete delle associazioni (che hanno sede anche presso il NIC1) che collaborano per indirizzare gli utenti e supportarli nella registrazione sulla Piattaforma PASS di RT. Nell'anno 2025 in Azienda Careggi abbiamo implementato **4 facilitatori** in percorsi dedicati: Ambulatorio Prelievi e Ambulatorio Cardiologico, permettendo così la realizzazione di percorsi strutturati specifici.

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

PERFORMANCE

Il **Piano della Performance** è il documento programmatico attraverso il quale l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale e dei vincoli di bilancio, individua gli obiettivi, gli indicatori ed i risultati attesi per il triennio **2026-2028**. Dal 2022 viene adottato nell'ambito del Piano Integrato di Attività e Organizzazione, così come previsto dalle ultime disposizioni.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/2009 "Attuazione Legge 4 marzo 2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni". Secondo quanto previsto dall'art. 10, "al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche redigono e pubblicano sul sito istituzionale ogni anno il Piano della Performance, documento programmatico triennale ... che individua gli

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

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:

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

A dicembre 2021 è stata adottata una delibera della Regione Toscana, D.R.T. 20196/2021 "**Elenco delle procedure da erogare in chirurgia ambulatoriale ed elenco procedure da erogare in regime di RO, DH ed ambulatoriale nelle relative percentuali di ammissibilità**" che mira ad incrementare gli

interventi di chirurgia ambulatoriale, definendo per le diverse discipline, un elenco di procedure da erogare in solo regime ambulatoriale ed un elenco di procedure da erogare con diverse soglie in parte in regime ambulatoriale ed in parte in regime di ricovero.

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

Sulla base delle linee di indirizzo nazionali e regionali nonché delle scelte e necessità aziendali, l'Azienda ogni anno struttura una serie di nuovi obiettivi ed indicatori volti a misurare e migliorare alcuni specifici aspetti: nel 2019 è stato introdotto l'obiettivo strategico **dell'efficienza delle sale operatorie**. Nel 2020 sono stati strutturati indicatori utili a migliorare i **tempi di attesa degli interventi chirurgici di classe A**. Per il 2021 è stato introdotto l'obiettivo dello **sviluppo della telemedicina**. Per il 2022 sono stati aggiunti alcuni nuovi obiettivi legati allo sviluppo di una maggiore **integrazione ospedale territorio** ed all'incremento degli **interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale**; inoltre sono stati introdotti i primi obiettivi sulla **qualità dei servizi** percepita dai pazienti ricoverati. Per il 2023 sono stati aggiunti obiettivi sulla **corretta programmazione delle sale** e obiettivi sulla **qualità dei servizi offerti dalle strutture centrali**. Nel 2024 si è puntato molto sul miglioramento **dell'efficienza di sala**, sono stati concordati nuovi obiettivi relativi **all'integrazione ospedale territorio**, altri per realizzare una **riduzione della spesa per dispositivi medici**. Per il 2025 sono potenziati gli obiettivi legati all'integrazione ospedale territorio, primo fra tutti lo **sviluppo del teleconsulto**, sia con i MMG che con gli specialisti ASL, puntando anche all'avvio della teleriabilitazione e del telemonitoraggio.

Per l'anno 2026, avendo introdotto nell'ultimo quinquennio molti obiettivi strategici e non avendo sempre realizzato i miglioramenti attesi, è stato deciso di mantenere l'attenzione prevalentemente sugli stessi ambiti al fine di focalizzare l'impegno soprattutto su **efficienza di sala, tempestività degli interventi chirurgici di classe A, integrazione ospedale territorio, qualità dei servizi** (sia delle strutture di ricovero che delle strutture centrali). Obiettivo nuovo rilevante è invece quello dello sviluppo dell'intelligenza artificiale in ambiti specifici, non solo clinici ma anche relativi a processi tecnico-amministrativi e organizzativo gestionali.

PERFORMANCE ORGANIZZATIVA: OBIETTIVI DI BUDGET 2026

La definizione degli obiettivi di budget di ciascun anno, parte dalle esigenze aziendali di realizzazione di specifici obiettivi, come il miglioramento dell'efficienza delle sale operatorie o lo sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio, ovvero dal recepimento degli obiettivi presenti nei sistemi di valutazione esterni, con particolare riferimento a quelli contenuti nel sistema di valutazione della performance del **Laboratorio Mes** e dal sistema di valutazione nazionale della **Treemap dell'Agenas**.

Di seguito sono riportati i principali obiettivi per l'anno **2026**, negoziati dalla Direzione con tutte le strutture dell'azienda e contenuti nelle schede budget. Rispetto a tutti gli obiettivi sottoelencati, per analizzare come questi sono stati tradotti in obiettivi operativi, indicatori, valori attesi per l'anno 2026 si rimanda **all'Allegato A, "obiettivi di budget 2026"**.

RISPETTO DEI 30GG DI ATTESA PER INTERVENTI CHIRURGICI CLASSE A

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

Per quanto concerne le prestazioni in regime di ricovero, viene stabilito l'obbligo di prevedere l'uso sistematico delle classi di priorità e di garantire che **gli interventi chirurgici di classe A**, ovvero gli oncologici nonché i casi clinici programmati che possono aggravarsi rapidamente, vengano effettuati **entro**

30 giorni. Le tipologie di intervento per le quali devono essere rispettate tali tempistiche sono numerose: innanzitutto le casistiche oncologiche (tumore prostata, mammella, colon, retto, utero, polmone) ma anche altre tipologie di interventi non oncologici quali ad esempio bypass aortocoronarico, angioplastica coronarica, protesi anca ed altre casistiche riportate nel dettaglio nell'Allegato A.

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

MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA DI SALA OPERATORIA

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

Nel corso degli anni, a partire dal 2019, sono stati introdotti fra gli obiettivi di budget delle strutture chirurgiche, anestesologiche e del personale del comparto impegnato nelle attività di sala operatoria, obiettivi orientati a migliorare l'efficienza della sala operatoria, col fine ultimo di poter impiegare al meglio ogni sala, **incrementare il numero degli interventi chirurgici programmati e ridurre le liste di attesa.**

Per misurare l'efficienza di sala, negli anni sono stati utilizzati diversi indicatori: dapprima indicatori specifici sulla **prima incisione, tempo di cambio ed ultima sutura**, in seguito un indicatore di sintesi, il **tempo di occupazione di sala**, chiedendo di incrementare i tempi chirurgici sul totale delle ore di disponibilità delle sale, al fine di incrementare il numero degli interventi chirurgici programmati, tenendo al tempo stesso sotto controllo il non utilizzo pomeridiano delle sale dopo le ore 18 e gli sforamenti.

INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

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

A tal fine sono stati introdotti a partire dal 2022 alcuni obiettivi orientati a sviluppare innanzitutto una maggiore comunicazione mettendo in contatto i professionisti ospedalieri con i medici di medicina generale. Si tratta infatti di **segnalare ai MMG l'accesso dei loro pazienti**, se ricoverati, al momento dell'ammissione in reparto, se in ambulatorio, al momento della visita. A Careggi, la cartella clinica informatizzata in uso (Archimed per la gestione del ricovero/Archiamb per gli accessi ambulatoriali) consente già infatti la diretta comunicazione tra i professionisti dell'Azienda e quelli del territorio che, in questo modo, possono scambiarsi informazioni molto utili per garantire la migliore cura e la migliore gestione del percorso del paziente. In questi ultimi anni l'integrazione tra ospedale e territorio è divenuta uno dei principali obiettivi strategici ed è stato chiesto a tutti i professionisti, sia quelli che seguono i pazienti ricoverati che quelli che seguono i pazienti ambulatoriali, di sviluppare **il teleconsulto con i medici di medicina generale**. L'anno passato è stato chiesto un ulteriore sviluppo del teleconsulto, già partito con i MMG, da avviare anche con **specialisti dell'ASL**.

Per l'anno 2026, in alcune strutture, sono stati introdotti ulteriori obiettivi specifici al fine di avviare, per il momento in ambiti specifici e mirati, l'avvio del **telemonitoraggio, teleassistenza e teleriabilitazione**.

SVILUPPO TELEMEDICINA

Al fine di realizzare la maggior parte degli obiettivi di integrazione ospedale-territorio, occorre sviluppare il più possibile la telemedicina. Obiettivo introdotto nel 2021, riconfermato ed ampliato anche negli anni successivi, è quello di sviluppare innanzitutto 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 di garantire la massima continuità assistenziale del paziente, oltre che ridurre al minimo il rischio di diffusione del virus ad utenti, operatori e familiari. Tale modalità di contatto fra paziente e professionista è sicuramente utile anche cessata la pandemia e rappresenta sicuramente, per alcuni ambiti e per alcune tipologie di pazienti, un nuovo canale che, se ben strutturato, può portare anche molti vantaggi all'utenza. È stato pertanto richiesto alle diverse strutture dell'Azienda di garantire una progressiva estensione e applicazione dell'utilizzo delle televisite di controllo in tutti gli ambiti assistenziali in cui la telemedicina possa contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza e la continuità della presa in carico. A partire dal 2024 è stato inoltre previsto inoltre lo sviluppo del **teleconsulto** tra i medici dell'ospedale ed i MMG o i medici specialisti dell'ASL e si sta avviando la **teleriabilitazione ed il telemonitoraggio** in ambiti specifici per poi poterla estendere in modo più generalizzato.

Nel 2026 sarà operativa una **nuova piattaforma digitale regionale di telemedicina in Toscana** che permetterà di gestire telemonitoraggi, teleassistenze e teleconsulti, integrandosi con vari sistemi sanitari regionali. La piattaforma faciliterà l'accesso ai servizi per i pazienti, soprattutto anziani e persone con malattie croniche, migliorando la prevenzione, la diagnosi e la cura direttamente da casa. Supporterà inoltre il lavoro dei medici, anche grazie a software di intelligenza artificiale in grado di trascrivere dialoghi durante la televisita o il teleconsulto e di analizzare dati.

ORIENTAMENTO ALL'INNOVAZIONE METODOLOGICA

Nell'affrontare la complessità delle sfide che continuamente si presentano, è sempre più evidente quella relativa all'utilizzo **dell'intelligenza artificiale** che potrebbe rivoluzionare anche l'assistenza sanitaria: ormai è diventata una realtà concreta e non è più possibile pensare di non utilizzarla anche in sanità. Per tale motivo l'azienda ha deciso di iniziare a sperimentarne l'applicazione in alcuni ambiti, non solo clinici ma anche relativi ai **processi tecnico amministrativi e organizzativo gestionali**: nel corso del 2026 tutte le strutture centrali dovranno pertanto impegnarsi nell'utilizzarla per la gestione di selezionati processi, coinvolgendo tutto il personale che vi lavora.

QUALITA' CLINICA E DI PROCESSO

Buona parte degli indicatori del MES e del PNE diventano ogni anno obiettivi di budget per ciascuna struttura aziendale direttamente coinvolta. Relativamente alla qualità clinica e/o di processo, è stata da sempre posta attenzione in diverse aree, all'interno delle quali sono stati individuati degli indicatori che misurano alcuni aspetti considerati maggiormente rilevanti che si ritengono comunque rappresentativi della qualità clinica e di processo dell'area stessa.

Tali indicatori subiscono variazioni negli anni, per il 2026 i principali sono i seguenti:

- nell'area **materno infantile** gli indicatori che mirano a rendere il percorso meno medicalizzato: la % di parti cesarei, la % di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo, % ricoveri durante il puerperio dopo parto cesareo/ vaginale.
- Nell'area **ortopedica** la % di fratture femore operate entro 48 ore nonché due indicatori sulle riammissioni entro 30 giorni per intervento di protesi di anca e ginocchio.
- Nell'area della **chirurgia generale** la % di interventi programmati al colon in laparoscopia, la % di interventi conservativi alla mammella, la % di interventi per tumore invasivo mammella con ricostruzione e la % di reinterventi entro 30 gg per pz con tumore al colon e retto.
- Nell'area dell'**urologia**, la % di prostatectomie transuretrali.
- Nell'area **cardiologica** la % di interventi di riparazione di valvola mitrale.

- Nell'area del **pronto soccorso** la % di dimessi al domicilio entro 8 ore, la % di accessi ripetuti entro 72 ore e la % di abbandoni.

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

ESITO DELLE CURE

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

Ormai 10 anni fa la legge di Stabilità aveva introdotto un'importante novità: all'art. 30 "Piani di rientro e riqualificazione degli enti del SSN", si affermava che le aziende sanitarie sarebbero entrate in piano di rientro non solo se non avessero rispettato l'equilibrio economico ma anche i parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure. A specificazione di ciò, nell'Allegato del Patto di Stabilità veniva definito un set di **indicatori di esito**, raggruppati in diverse aree cliniche con relative fasce di valutazione. Gli indicatori di esito relativi ai tassi di mortalità sono presenti nel **Programma Nazionale Esiti (PNE)** sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute e riguardano diverse aree: materno infantile, cardiologica, chirurgia oncologica, sistema nervoso, respiratorio, osteomuscolare. In ciascuna di queste aree sono individuati i tassi di mortalità ottimali per alcune tipologie di interventi chirurgici, che sono considerati maggiormente rilevanti e strategici (es. mortalità per infarto miocardico acuto, per intervento chirurgico per tumore polmone, per ictus ischemico, per BPCO, etc.).

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

EFFICIENZA ASSISTENZIALE

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

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

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

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

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

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

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

Anche tra gli indicatori "core" del **Nuovo Sistema di Garanzia** vi è quello di **ridurre i DRG ad alto rischio di inappropriatezza**, obiettivo realizzabile spostando alcune casistiche dal regime ordinario al DH, oppure dal regime di Day Hospital al regime ambulatoriale. Si trattano quindi gli stessi pazienti nel regime più appropriato dedicando la risorsa del posto letto in regime ordinario ai pazienti per i quali è davvero necessario.

DIGITALIZZAZIONE

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

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

APPROPRIATEZZA DEL CONSUMO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Nel quadro degli obiettivi aziendali di creazione di valore pubblico, sostenibilità del sistema e miglioramento continuo delle performance clinico-organizzative, l'Azienda è sempre più coinvolta nella

somministrazione dei **Medicinali per Terapie Avanzate (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP)**. Tali farmaci richiedono un governo particolarmente attento sia sul piano clinico sia su quello gestionale, in particolare per garantire un'elevata appropriatezza d'uso, la piena tracciabilità dei percorsi assistenziali e la corretta rendicontazione ai fini del monitoraggio e del rimborso. Anche il 2026 si configura come un anno di elevato impegno per la governance di queste terapie, con l'introduzione nella pratica clinica di nuove terapie geniche e CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T cell therapies), nonché con l'estensione delle indicazioni terapeutiche di trattamenti già disponibili, che determineranno un incremento dei volumi di attività, in particolare presso il reparto di Ematologia dell'AOUC.

La crescente disponibilità di **farmaci ad altissimo costo per il trattamento delle malattie rare** rappresenta una sfida rilevante in termini di equità di accesso alle cure, sostenibilità economica e capacità organizzativa del sistema sanitario. Tale complessità sarà affrontata in modo coordinato attraverso le azioni previste dal Dipartimento Interaziendale del Farmaco dell'Area Vasta Centro, che negli ultimi anni ha promosso iniziative finalizzate a migliorare l'appropriatezza prescrittiva e l'omogeneità dei comportamenti clinici, mediante modelli integrati tra le diverse Aziende dell'Area Vasta e, in particolare, tra ospedale e territorio. In questo contesto, nel 2026 proseguiranno i lavori delle principali task force già attive (Area Oculistica, Area Neurologica, Area Immunologica, Area Oncologica, Area Diabetologia) e sarà ulteriormente consolidato il modello organizzativo che consente la consegna dei farmaci ai pazienti al momento della dimissione direttamente dal reparto clinico, favorendo continuità assistenziale e appropriatezza del percorso di cura.

Sul versante del **governo complessivo della spesa farmaceutica**, l'azione dell'Azienda è orientata a coniugare l'accesso tempestivo all'innovazione terapeutica con il rispetto degli obiettivi di sostenibilità economico-finanziaria e di performance gestionale. In tale ambito, particolare attenzione è rivolta al governo delle terapie ad alto costo, ormai diffuse in numerose aree terapeutiche, e al consolidamento delle politiche di promozione dell'uso dei farmaci equivalenti e dei biosimilari aggiudicatari di gara regionale. Risulta inoltre fondamentale garantire l'alimentazione puntuale, corretta e sistematica dei registri AIFA, sia per assicurare il rispetto dei criteri di eleggibilità e l'appropriatezza della scelta terapeutica, sia per consentire il recupero economico dei farmaci sottoposti a meccanismi di rimborso condizionati all'esito clinico.

I **dispositivi medici (DM)** rappresentano fattori produttivi complessi, dalle cui caratteristiche e modalità di utilizzo nei processi assistenziali dipende in modo rilevante la qualità delle prestazioni erogate ai pazienti. Essi costituiscono inoltre una significativa voce di spesa e si caratterizzano per una marcata eterogeneità, che comprende, da un lato, dispositivi ad elevato contenuto di innovazione tecnologica (high-tech) e rapida obsolescenza e, dall'altro, dispositivi a basso tasso di innovazione (low-tech) associati ad alti volumi di consumo. Diventa pertanto essenziale governare la continua immissione sul mercato di nuovi prodotti, indirizzarne l'uso clinico appropriato e garantire un sistema logistico efficiente.

In continuità con gli anni precedenti, anche nel 2026 gli obiettivi di appropriatezza clinica e organizzativa in quest'ambito riguarderanno prioritariamente il rispetto delle percentuali di aggiudicazione dei DM, sia per le gare in accordo quadro sia per quelle con quote definite per aggiudicatario. Particolare attenzione sarà rivolta al contenimento del ricorso episodico a dispositivi non aggiudicati nelle gare regionali. In collaborazione con il Controllo Direzionale e con le componenti clinica e infermieristica, nel 2026 si prevede inoltre una riduzione delle scorte di sala operatoria e di reparto, al fine di limitare l'allocazione non necessaria di risorse e ridurre il rischio di giacenze scadute. La Farmacia continuerà a promuovere il miglioramento della tracciabilità dei DM impiantabili e dei pazienti sottoposti a impianto e supporterà il personale clinico e infermieristico nella revisione delle procedure in ambito operatorio (standard work), con l'obiettivo di conseguire una progressiva standardizzazione dei fabbisogni di dispositivi medici per ciascuna tipologia di intervento.

La farmacovigilanza e la dispositivivigilanza costituiscono infine un insieme strutturato di attività a tutela della salute pubblica, finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali e dei dispositivi medici. La Regione Toscana ha fissato per gli ospedali un obiettivo minimo pari a 100 segnalazioni per 100.000 giornate di degenza; pertanto, anche per il 2026, sono stati assegnati obiettivi specifici di budget alle strutture cliniche, parametrati alla tipologia e al volume dell'attività assistenziale svolta.

CONTROLLO DELLE INFEZIONI LEGATE ALL'ASSISTENZA

Al fine di migliorare la prevenzione ed il controllo delle infezioni legate all'assistenza, è stato introdotto dapprima l'obiettivo della **corretta igiene delle mani** a tutte le strutture di degenza, misurato sia in modo osservazionale sia con il consumo del gel alcolico. Successivamente, al fine di sviluppare ulteriormente la prevenzione e controllo delle infezioni, è stato deciso di agire in due ambiti, non solo sull'**igiene delle mani**, una delle misure più importanti per ridurre la trasmissione di germi patogeni, ma anche sul **corretto utilizzo degli antibiotici**, aspetto strettamente correlato allo sviluppo di microrganismi resistenti agli antibiotici stessi. Più nello specifico l'obiettivo relativo all'igiene delle mani ha lo scopo di valutare l'adesione a tale pratica da parte degli operatori sanitari attraverso il monitoraggio di un indicatore che prende in considerazione il consumo di gel idroalcolico per sanificare le mani nei reparti di degenza e l'osservazione diretta del comportamento degli operatori durante le attività assistenziali. L'obiettivo relativo alla prescrizione degli antibiotici si traduce invece in indicatori che hanno lo scopo di stimolare gli operatori a valutare i consumi della propria struttura e realizzare eventuali azioni di miglioramento per aumentare l'appropriatezza prescrittiva anche a seguito dei corsi di formazione aziendali realizzati in tale ambito.

QUALITA' DEI SERVIZI

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

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

L'indagine PREMs mira, pertanto, alla rilevazione sistematica dell'esperienza di ricovero ordinario riportato dai pazienti nella sanità toscana. La partecipazione e la disponibilità a raccontare la propria esperienza durante il ricovero ospedaliero, potrà dare un contributo al processo di miglioramento continuo all'interno di ciascuna azienda. Fondamentale, tuttavia, è il ruolo dei professionisti sanitari che devono non solo informare i pazienti ma promuovere questa iniziativa coinvolgendoli nella condivisione del suo scopo ultimo, in modo da garantire che il flusso di dati disponibili sia alimentato in modo completo e costante. La somministrazione dei questionari è totalmente digitale ed i risultati dell'indagine sono riportati tempo reale in una piattaforma web dedicata, accessibile dai professionisti. Dall'anno 2022 è stato richiesto alle strutture di degenza ordinaria un tasso di adesione all'indagine PREMs di almeno il 70%, mentre dall'anno successivo le strutture sono valutate anche sui risultati di tale indagine; dal tasso di adesione si è poi passati a utilizzare il tasso di risposta (almeno 25%). L'analisi dei risultati è utile da una parte, per evidenziare ambiti positivi dai quali prendere spunto, dall'altra per individuare gli ambiti nei quali può essere necessario attivare qualche azione correttiva.

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

punti di forza che possono essere di esempio per altre strutture ed allo stesso tempo di gratificazione e motivazione per il personale coinvolto.

RICERCA

Il tema della misurazione e della valutazione dell'attività di ricerca dei professionisti è stato più volte negli anni al centro di riflessioni sull'impostazione dei sistemi di rilevazione della performance di una struttura ospedaliero universitaria come la nostra. Fatti salvi i sistemi di valutazione della ricerca utilizzati nel mondo universitario, nel nostro ambito è necessario definire un sistema equilibrato di indicatori che sia in grado di valorizzare tutti gli apporti, sia dei docenti in afferenza assistenziale che dei dirigenti medici e sanitari dell'azienda. La definizione esatta delle metriche necessarie a costruire un **sistema di indicatori solido, affidabile e condiviso** è infatti materia complessa, proprio perché anche l'ambito della ricerca spazia dalla partecipazione ai bandi per ottenere finanziamenti, alla promozione o conduzione di studi clinici fino alla redazione di pubblicazioni per diffondere le conoscenze acquisite in ambito scientifico. Con l'ottica di accogliere questa esigenza di cui la Direzione Aziendale condivide lo scopo ultimo, senza tuttavia avventurarsi nella costruzione di indicatori poco rappresentativi o significativi, o peggio distorti rispetto al reale contributo alla ricerca, è stato deciso di impostare l'obiettivo strategico proprio sulla costituzione di un tavolo di lavoro specifico che lavori sull'analisi della tematica per arrivare a strutturare un paniere di indicatori coerenti con il modello organizzativo aziendale e con il reale apporto delle strutture alla ricerca.

Al fine di analizzare nel dettaglio come gli obiettivi strategici richiamati in questa sezione sono stati tradotti in **obiettivi operativi, indicatori e valori attesi per l'anno 2026** si rimanda all'**Allegato A-Obiettivi di Budget 2026**.

PERFORMANCE INDIVIDUALE: OBIETTIVI 2026

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 utilizzare fonti dati aziendali facilmente accessibili, gli obiettivi individuali vengono definiti, al momento, anche a livello centrale secondo criteri di trasversalità e omogeneità, in modo da accompagnare progressivamente il sistema verso una piena definizione degli obiettivi anche a livello decentrato. A tal fine l'Azienda metterà a disposizione dei singoli responsabili/valutatori un paniere di obiettivi individuali trasversali che potranno valutarne l'assegnabilità al personale afferente oppure potranno valutare l'opportunità di definirne altri specifici. Inoltre, in continuità con quanto fatto nel 2023, 2024 e 2025 si ritiene utile proseguire con il percorso di valutazione interna delle strutture di supporto. Si prosegue pertanto con la valutazione dell'apporto qualitativo e relazionale dato dalle stesse a tutte le altre funzioni aziendali, considerando a tal fine quanto percepito dai singoli operatori e rilevato attraverso specifico **sondaggio/questionario**. Anche quest'anno, di conseguenza, viene definito come obiettivo di performance organizzativa per tutte le strutture di supporto, **la qualità del contributo dato dalla propria funzione in termini di efficacia, efficienza e qualità relazionale**, misurato come sintesi degli esiti rilevati dal sondaggio. **Obiettivo della performance individuale 2026** per tutti gli operatori è invece la compilazione del questionario predisposto per la valutazione di tutte le strutture centrali in una finestra di rilevazione prevista a dicembre, utilizzata ai fini della valutazione finale delle strutture interessate (l'Azienda, a circa metà anno, potrà valutare l'eventuale opportunità di lanciare un sondaggio/questionario intermedio senza vincolo di correlazione con la performance né individuale né organizzativa, utile quindi al fine di acquisire un feedback intermedio conoscibile dalle strutture interessate).

Nel triennio di vigenza del PIAO, a partire dall'anno 2026, l'Azienda revisiona i fattori di valutazione relativi alle componenti dei comportamenti e delle competenze organizzative al fine di aggiornarli, migliorarli e contestualizzarli.

Dalla annualità 2026 il percorso di assegnazione degli obiettivi/comportamenti e di valutazione della correlata Performance individuale avviene in modalità completamente informatizzata.

RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Il piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) comprende anche il **Piano Triennale Per La Prevenzione Della Corruzione E Della Trasparenza (PTPCT)**.

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

Inoltre, l'azienda ha adottato un programma di raggiungimento di obiettivi dedicati a prevenire fenomeni corruttivi e durante l'anno appena concluso ha raggiunto le mete fissate per l'attuazione dei principi di legalità e trasparenza mantenendo il fulcro della dimensione etica, pilastro dei valori aziendali.

Nel 2025 è stato attuato l'adeguamento ai nuovi schemi previsti per **l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione** come previsto dalla **Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024** (vedi: art. 48 del D. Lgs. n. 33/2013, ovvero "riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"). Tale delibera ha il fine rendere omogenea la rappresentazione della struttura aziendale per renderla facilmente comprensibile e consultabile, ha aggiornato le istruzioni operative e ha posto l'enfasi sulla qualità dei dati: integrità, completezza, tempestività, aggiornamento e accessibilità.

Processo e modalità di predisposizione della sezione del PIAO

Questa sezione del PIAO costituisce l'atto d'indirizzo per l'applicazione in azienda della normativa in materia di anticorruzione e trasparenza ed è stata redatta secondo le indicazioni contenute nelle recenti Linee Guida sul PIAO.

Soggetti coinvolti nel sistema aziendale di prevenzione della corruzione

I **soggetti** coinvolti nel Sistema Aziendale Di Prevenzione Della Corruzione sono:

- **L'organo di Indirizzo**, che definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico gestionale;
- il **Responsabile Per La Prevenzione Della Corruzione E Per La Promozione Della Trasparenza E Integrità (RPCT)**, che ha il compito di proporre alla direzione aziendale un piano per il contenimento del rischio corruttivo, verificarne l'attuazione, curare la formazione del personale in materia, verificare l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte delle strutture interessate;
- il **gruppo strategico**, composto dai responsabili delle macroaree di attività aziendali, è coordinato dal Direttore Amministrativo che coadiuva il RPCT per l'analisi della proposta che precede la sua presentazione alla Direzione Aziendale;
- i **direttori/responsabili di struttura** e i referenti individuati da essi per i diversi settori di attività, che costituiscono la rete che supporta il RPCT nelle attività di mappatura dei processi a rilevante rischio di corruzione, di programmazione, attuazione e monitoraggio delle misure correttive e nell'assolvimento degli obblighi di trasparenza (**Allegato B1- Rete referenti anticorruzione e trasparenza**). In particolare, i direttori/responsabili di struttura sono tenuti, nelle articolazioni organizzative di competenza, a promuovere la formazione e la diffusione della cultura organizzativa basata sull'integrità, a rispondere dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate, tenendo conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione delle stesse;
- **tutti i dipendenti**, il personale universitario in afferenza e i collaboratori che a qualsiasi titolo partecipano attivamente alla gestione del rischio, sono tenuti ad attuare le misure di prevenzione programmate e segnalare eventuali casi d'illecito e di conflitto d'interessi;
- l'**organismo indipendente di valutazione**, le **strutture di audit** e del **Sistema Interno Dei Controlli** che devono offrire, per le rispettive competenze, supporto metodologico, dati e

informazioni utili all'analisi del contesto, inclusa la rilevazione dei processi, alla valutazione e al trattamento dei rischi, favorendo l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo.

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

L'ambito regionale in cui l'azienda opera ha reso opportuno un **coordinamento tra gli enti** dell'ordinamento regionale per favorire lo sviluppo di **sistemi condivisi di gestione del rischio**. A questo proposito, il **Coordinamento Dei Responsabili Anticorruzione Della Regione Toscana** per il settore sanitario, (vedi: DGRT n. 1069 del 02/11/2016), si confronta per la condivisione dei metodi di mappatura e gestione dei rischi di corruzione, per la definizione delle misure trasversali obbligatorie imposte dalla legge e delle azioni formative in materia di prevenzione della corruzione oltre che per la gestione integrata del sistema trasparenza del Servizio Sanitario Toscano.

Analisi del contesto esterno

Con riferimento a quanto pubblicato dall'**Osservatorio Regionale Della Legalità**, per l'anno 2024, poiché non è ancora disponibile il report per il 2025, è stato riscontrato un aumento dei casi di rapporti tra web, mafie e intelligenza artificiale che, nonostante la buona tenuta del tessuto produttivo economico e finanziario della Toscana, fa prevedere infiltrazioni da tenere sotto costante controllo. Il narcotraffico ad opera non solo della 'ndrangheta, ma anche di mafie italiane insieme a comunità straniere locali, richiede un rafforzamento tra istituzioni regionali, locali e forze dell'ordine solido e capace di contrastare l'illegalità organizzata. Restano i segnali tradizionali di criminalità quali il riciclaggio e l'estorsione. Nel rapporto trova spazio anche il fenomeno delle gang giovanili. In Toscana si stima l'esistenza di almeno duecento gang, delle quali oltre quaranta nella città di Firenze.

A livello di prevenzione e analisi sistemica, anche la Toscana è interessata dalle indicazioni e dai rilievi effettuati dall'ANAC. In particolare, la stessa ANAC ha messo in luce una **preoccupante incidenza di affidamenti diretti** (98% sul totale delle acquisizioni di servizi e forniture) in tutto il paese, con particolare addensamento a ridosso delle soglie di legge (tra i 135.000 e i 140.000 euro). Questo fenomeno, evidenziato come a rischio, è un'area di criticità generale che investe anche le pubbliche amministrazioni toscane. Per quanto concerne l'area della sanità, ANAC ha condotto specifiche indagini conoscitive sugli appalti, come il caso relativo all'esecuzione di servizi sanitari nelle aziende sanitarie dell'area Vasta Sud Est (fascicolo ANAC n. 3304/2024), ponendo l'accento sulla necessità di migliorare il controllo qualità nella fase di esecuzione dei contratti.

In sintesi, i temi della corruzione in Toscana nel 2024 sono stati dominati da indagini ad alto impatto relative al settore dei rifiuti con l'ombra d'infiltrazioni criminali e da un'attenzione costante da parte di ANAC sulla trasparenza negli appalti pubblici, in linea con le criticità nazionali.

Di conseguenza, è importante che nel futuro sia mantenuto un livello di **attenzione** alto su quanto segue: **acquisizione di beni e servizi**, gestione delle **liste di attesa**, gestione dei **rifiuti**, **appalti**, gestione **fondi del PNRR**.

È importante ricordare quanto sia basilare il **coinvolgimento degli stakeholder**, cittadini, associazioni, ordini professionali, imprese, al fine di raccogliere proposte e osservazioni attraverso la promozione di consultazioni pubbliche.

Analisi del contesto interno

La riorganizzazione conclusa due anni fa ha consentito e garantito la continuità di tutte le attività. A questo proposito, è possibile riassumere quali siano state, e continuano a essere, le azioni programmate che hanno ridefinito l'attività interna di prevenzione:

- implementazione delle segnalazioni d'illeciti (**whistleblowing**) in maniera conforme alle direttive vigenti garantendo la massima tutela del segnalante (**whistleblower**);
- **miglioramento dell'accessibilità, completezza** e intellegibilità delle informazioni pubblicate, in linea con la delibera ANAC n. 495/2024;
- attenzione sempre più rigorosa sulla **gestione del conflitto d'interesse**;

- **formazione mirata** su etica pubblica, responsabilità amministrativa e codice di comportamento.

Mappatura dei processi – il catalogo dei processi

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

Nel corso del 2025 è stato aggiornato il "**catalogo dei processi aziendali**" per favorire una più adeguata e attuale individuazione dei processi più esposti a eventuali rischi corruttivi, ai sensi dell'art. 1, comma 16, della **Legge n. 190/2012 (Allegato B2- Catalogo dei processi aziendali)**.

Nel 2026 verrà sottoposto invece a mappatura, il processo di "Affidamento incarichi professionali esterni: progettazione, direzione lavori, sicurezza, collaudo, altri incarichi di natura tecnica".

Il "catalogo dei processi aziendali" resta il punto di partenza delle prossime mappature.

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

La valutazione del rischio è la fase in cui il rischio è identificato, analizzato e confrontato con altri rischi per individuarne l'esatta natura. La metodologia d'individuazione dei rischi è basata su criteri di valutazione prevalentemente qualitativi, come indicato dall'ANAC e include un'analisi dettagliata di ciascuna fase di svolgimento di un processo. L'individuazione dei rischi specifici per fase, una valutazione del livello (basso, medio, rilevante, alto) di presenza di rischi per ciascuna fase e l'individuazione di eventuali interventi correttivi.

Il "**Catalogo dei rischi corruttivi**" (**Allegato B3-Catalogo dei rischi corruttivi**) permette di individuare le tre famiglie di rischi:

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

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

Pertanto, è stata preparata la metodologia di analisi del rischio corruzione (**Allegato B4-**

Metodologia di analisi del rischio corruzione), funzionale a identificare e valutare i rischi corruttivi potenziali e concreti, definire la sussistenza di fattori abilitanti interni ed esterni, progettare misure organizzative fattibili per il trattamento del rischio con particolare riferimento alle misure già esistenti e alla digitalizzazione, definire tempi compatibili di attuazione e di monitoraggio.

Tale metodologia è già stata applicata per il processo mappato nel corso del 2025.

Il trattamento del rischio - obiettivi strategici generali e specifici

Nel 2025 sono stati ulteriormente fissati gli obiettivi acquisiti nell'anno precedente, destinati a dare le basi per l'attività di anticorruzione per il prossimo **triennio 2026-2028**:

- **formazione e sensibilizzazione** sempre più mirata ed efficace per i dipendenti;
- **implementazione delle buone pratiche**, diffusione dell'etica pubblica e dell'integrità all'interno dell'organizzazione aziendale, anche mediante l'ottimizzazione di **scambi di rete** tra la Regione, le Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale della Toscana e i gruppi di confronto nazionali;
- **presidio sui rapporti pubblico-privato** per assicurare la preminenza dell'interesse pubblico sul privato nelle collaborazioni;

- implementazione e garanzia della **trasparenza nell'integrazione tra azienda e università**;
- aggiornamento del **"Catalogo dei processi aziendali"**;
- identificazione e valutazione di eventuali **settori più vulnerabili** a rischi corruttivi;
- **intervento prioritario** nelle situazioni in cui emergano comportamenti corruttivi o di mala amministrazione, anche a seguito d'indagini dell'autorità giudiziaria;
- **rafforzamento della rete anticorruzione** indispensabile per il supporto al RPCT. Quest'ultimo punto richiede la più grande attenzione da parte dell'azienda per supervisionare l'eventuale nascita e/o incremento di spazi esposti a potenziali rischi corruttivi e di *maladministration*.

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

Di seguito, è presentata una sintesi di quanto realizzato in relazione agli obiettivi del triennio precedenti:

- adeguamento ai nuovi schemi previsti per **l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione**, come da Delibera ANAC n. 495 del 25 settembre 2024, garantendo la piena aderenza a quanto definito dall'autorità, pur adattandolo alle specificità organizzative aziendali. Per la pubblicazione dei dati inerenti ai pagamenti dell'amministrazione vengono seguite le indicazioni contenute nell'art. 4bis del D. Lgs. 33/2013 (**Allegato B5- Elenco degli obblighi di pubblicazione e referenti operativi**);
- **aggiornamento del "Catalogo dei processi aziendale"**;
- **mappatura dei processi** secondo l'ordine di priorità indicato nel catalogo;
- proseguimento **attività formativa** attualmente erogata.

Formazione

La formazione per l'anno 2025 è stata erogata al personale in modalità **Fad** con il nuovo corso **"Obblighi antiriciclaggio in sanità"**, inoltre si è svolto un corso regionale di due giornate in presenza: "formazione per RPCT aziendali e strutture di supporto delle aziende del servizio sanitario regionale" dedicato a RPCT, collaboratori di struttura e referenti.

Il lavoro con il gruppo regionale dei RPCT e dei loro collaboratori ha ultimato l'aggiornamento del **nuovo corso Fad** su **"Etica, trasparenza e prevenzione della corruzione 2026"** che avrà una durata complessiva di quattro ore e sarà destinato a tutti i dipendenti, soprattutto ai neoassunti.

Per quanto riguarda la mappatura processi, è stato **mappato il sotto processo: "validazione progetti (lavori pubblici)"**.

SEZIONE 3 – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

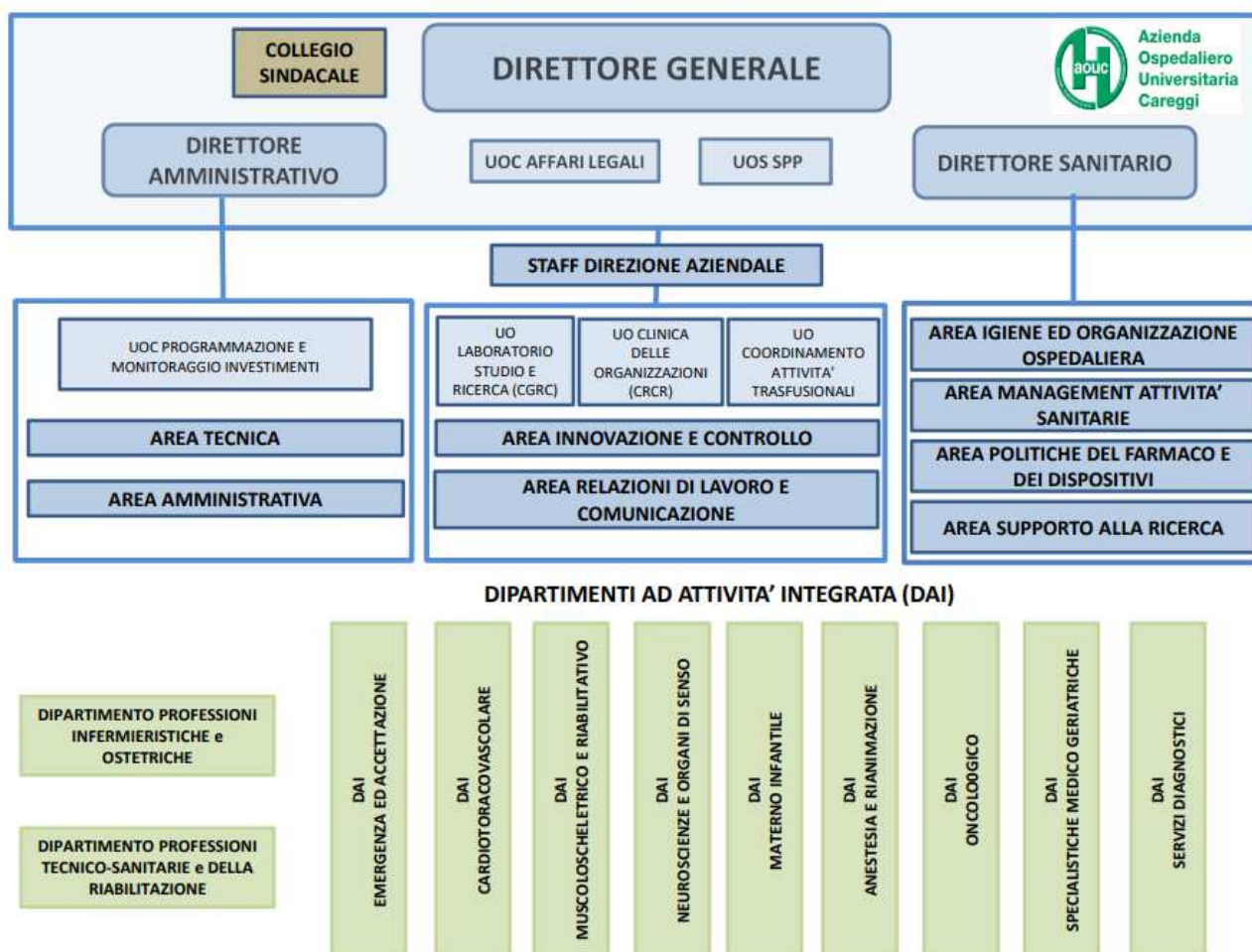
Con gli Statuti precedenti, del 2004 e del 2014, erano stati declinati i principi posti alla base della visione di Careggi e della sua missione, aderendo al modello di ospedale organizzato per intensità di cura. Tale modello, confermato dallo Statuto appena entrato in vigore, prevede una separazione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

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

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

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

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



QUALITA' E SICUREZZA PIANO AZIONI 2026-2028

L'inserimento di un focus dedicato a Qualità e Sicurezza all'interno della sezione sull'organizzazione risponde alla necessità di delineare con chiarezza il perimetro degli **strumenti di governo** che costituiscono i pilastri portanti alla base della piramide del valore dell'Azienda. Garantire **standard elevati** di sicurezza e **processi certificati** dalla qualità significa, infatti, consolidare quei prerequisiti e quelle **condizioni abilitanti** indispensabili per la tenuta della macchina organizzativa. Solo partendo da fondamenta solide e strutturate è possibile attivare con efficacia le leve strategiche destinate a generare un impatto tangibile sui risultati e sul valore pubblico destinato alla collettività.

Riferimenti normativi principali per il sistema qualità e sicurezza dell'AOUC sono:

- le normative cogenti del **Sistema di Accreditamento** regionale **DPGRT n° 79/R** del 17/11/2016 smi.
- **Legge Gelli- Bianco 24/2017**.
- Le **Pratiche** per la sicurezza del paziente e le raccomandazioni ministeriali.
- Gli **standard CNT -CNS** per tutte le attività a scopo trapiantologico e di conservazione di cellule e tessuti.
- la **UNI EN ISO 9001:2015**.

- Gli **Accreditamenti di eccellenza** come descritti nella relativa pagina web del sito aziendale <https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/azienda/chi-siamo/direzione-sanitaria/accreditamento-qualita-e-risk-management/qualita/accreditamento-di-eccellenza/>

L'approccio alla definizione e mantenimento degli standard è improntato alla diffusione tramite consulenza e formazione del **"risk based thinking"** e **autovalutazione** delle proprie performance da parte delle equipe sanitarie e non. Il supporto della **UO Accreditamento Qualità e Risk Management** alle strutture aziendali è teso a salvaguardare gli elementi di valore raggiunti in questi anni, al mantenimento di certificazioni e accreditamenti volontari, al monitoraggio degli standard cogenti su base campionaria.

OBIETTIVI 2026:

1. **Consolidamento della rete** qualità e sicurezza come prevista dal **Regolamento D/903/200** "Funzionamento della rete Qualità e Sicurezza" in termini di numero di professionisti arruolati e formati.
2. **Emissione e gestione di un piano di audit interni ed esterni** nell'ambito degli standard di qualità di riferimento.
3. **Emissione e gestione del piano aziendale di rischio clinico** come previsto da **Legge Gelli-Bianco 24/2017**.
4. **Monitoraggio** dello stato di avanzamento delle **azioni di miglioramento** definite nel corso delle attività di audit diretti e indiretti.
5. **Gestione del Piano della Formazione** relativo agli eventi in ambito di qualità e sicurezza:
 - a. Corso facilitatori rischio clinico e gestione del SiGRC
 - b. Corso gestione degli eventi non conformi
 - c. Corso Auditor Esterni
 - d. Formazione di base sul rischio clinico e sulla nuova edizione della norma ISO 9001.

PARITA' DI GENERE

Con Prov. n. 341 del 09/06/2023 è stato adottato il primo Bilancio di Genere dell'Azienda. Questo strumento rappresenta una tappa importante nel percorso di sensibilizzazione orientato ad ispirare politiche aziendali che siano in grado di intercettare ogni forma di disuguaglianza e soprattutto di agire concretamente per rimuoverne le cause e promuovere ogni forma di contrasto alle discriminazioni. Il documento, cui si rimanda per la lettura completa delle analisi proposte (https://www.aou-careggi.toscana.it/internet/index.php?option=com_content&view=article&id=7211&catid=133&lang=it&Itemid=890), mostra sotto varie angolazioni la composizione per genere età ed inquadramento professionale delle persone che lavorano nell'azienda, offrendo spunti di riflessione interessanti per prendere coscienza delle diverse esigenze presenti, rafforzando così il principio di trasparenza e di partecipazione e dando atto delle numerose iniziative già presenti per favorire ascolto e condivisione delle criticità, migliorare la conciliazione vita-lavoro e consentire azioni propositive per promuovere il benessere.

Non si riportano in questo documento gli elementi di sintesi che sono già stati richiamati nel PIAO precedente. Nel triennio 2026-2028 l'azienda procederà ad adottare una nuova edizione del Bilancio di Genere con l'aggiornamento delle relative analisi e considerazioni.

RUOLO DEL CUG E PIANO AZIONI POSITIVE 2026-2028

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

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

Nel 2025 il CUG ha calendarizzato, secondo quanto riportato su sito AOUC, 10 incontri annuali, dei membri del CUG.

Per il 2026, alla luce dell'imminente scadenza dell'attuale composizione del Comitato, è stato calendarizzato un incontro nel primo trimestre, al fine di analizzare quanto realizzato nel triennio.

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

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

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

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

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

I lavori previsti, al fine di abbattere le barriere architettoniche, hanno avuto inizio nell'estate del 2025, con un progetto pilota focalizzato sul Padiglione CTO.

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

Nell'anno 2025 il CUG ha partecipato, in collaborazione con la Unit per i percorsi per le vittime di maltrattamento, abuso sessuale e crimini di odio, alla **giornata internazionale contro la violenza sulle donne**, con la produzione di un Vademecum tascabile, destinato a tutti gli operatori di AOUC, per l'**Accoglienza e presa in carico di vittime di maltrattamento, violenza sessuale e crimini di odio**.

Il CUG ha inoltre predisposto, per il 2026, la produzione di **poster**, da affiggere nei Padiglioni di AOUC, finalizzati alla esplicitazione della funzione degli organi aziendali dedicati al supporto degli operatori ed i recapiti ai quali potersi rivolgere in caso di mobbing e atti di violenza di qualsivoglia natura ed origine e l'informazione sui riferimenti normativi e contrattuali e sulle definizioni delle differenti forme di maltrattamento e violenza.

Per il **triennio 2026-2028** il CUG si impegnerà nel:

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

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

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

Il lavoro agile può rappresentare una modalità di lavoro che promuove anche l'innovazione nell'uso degli spazi fisici, la cooperazione e la trasversalità oltre i singoli uffici. Gli uffici, nel triennio 2026/2028, grazie all'alleggerimento delle dotazioni hardware (laptop al posto di desktop, eliminazione delle stampanti fisiche) e della documentazione cartacea (integrale gestione digitale dei documenti, con conseguente eliminazione di spazi per la tenuta e l'archiviazione) potrebbero essere progressivamente ridisegnati con desk moderni, flessibili, ergonomici, che consentano di lavorare sia da seduti che in piedi. Organizzati per accogliere più persone del medesimo ufficio, in considerazione dell'alternanza del lavoro in sede o fuori sede; i nuovi spazi ridisegnati potrebbero rappresentare anche un agile strumento di incontro tra colleghi di lavoro di uffici diversi e di temporanea riaggregazione di colleghi con funzioni, professionalità e discipline diverse che si trovano a cooperare in un gruppo di progetto. L'ufficio potrebbe rimanere comunque la base di ciascun lavoratore, dando ad ognuno la propria "casa" all'interno dell'azienda, ma potrebbe diventare più aperto e maggiormente in grado di accogliere "ospiti" temporanei. Potrebbe quindi essere possibile ospitare ed essere ospitati in relazione alle necessità di cooperazione, a vantaggio di un potenziamento dello sviluppo delle relazioni di gruppo e intergruppo.

Negli anni la modalità di lavoro agile si è considerevolmente strutturata e, per alcune strutture aziendali, è diventata una modalità standardizzata per le attività quotidiane, con impatto positivo sia a livello ambientale (minori spostamenti e utilizzo condiviso delle risorse aziendali) che organizzativo (ottimizzazione di spazi e di strumenti informatici). L'ulteriore consolidamento che si vuole apportare dal punto di vista informatico nel corso del **2026** riguarda l'introduzione e il potenziamento di **metodologie standard di comunicazione** per tutti i dipendenti.

In particolare, a livello aziendale sono stati acquisiti e implementati, durante il periodo Covid, sistemi di videoconferenza sia hardware che software. Lo strumento operativo che è stato profilato per tutti gli utenti è la **suite applicativa Zoom** che, una volta installata sulle dotazioni informatiche aziendali, deve diventare lo **strumento principale di comunicazione per l'audio e video e per la messaggistica**

istantanea. Tale suite è installata di default su tutte le postazioni di lavoro aziendali (fissi e portatili), in modo tale da avere per tutte le sessioni di lavoro in modalità agile e non, una possibilità di comunicazione e contatto sicura ed efficace tra i vari dipendenti profilati sulla piattaforma.

Tale modalità di lavoro permette inoltre la condivisione di documenti, la collaborazione applicativa su file comuni, la gestione di stanze per la videoconferenza e di agende di impegni condivise. Per rendere facilmente fruibile la modalità di lavoro, è stato predisposto un breve tutorial a supporto del dipendente, fruibile su tutte le postazioni di lavoro attraverso la intranet aziendale.

CONDIZIONALITA' E FATTORI ABILITANTI

Misure organizzative

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

Piattaforme e requisiti tecnologici

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

Competenze professionali e Percorsi formativi

- Idonee **competenze digitali** al fine di lavorare in modalità agile con efficienza ed efficacia per rispondere alle esigenze dei servizi e dell'utenza esterna e interna, senza riduzioni di attività rispetto alla modalità in presenza.
- Acquisizione di capacità superiori a quelle base, per l'utilizzo di **strumenti digitali** quali videoscritture, fogli elettronici, posta elettronica e videoconferenze.

OBIETTIVI DELL'AMMINISTRAZIONE

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

Nell'Allegato C -Obiettivi Pola sono riportate le tabelle di sintesi complete di obiettivi, indicatori e valori attesi per il triennio 2026-2028, rispetto alle dimensioni utili a valutare l'esito delle azioni sostenute.

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

Sempre per il triennio **2026-2028** 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

Premessa

Con la **DGR n. 49 del 26.01.2026** è stato approvato il **Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP) 2026-2028** predisposto in coerenza con gli obiettivi assegnati all'Azienda in materia di spesa del personale e sulla base degli indirizzi regionali impartiti.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 78 del 31.01.2025 questa Azienda ha adottato il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) – triennio 2025 -2027, di cui il PTFP è parte integrante e inscindibile.

Nell'ambito di questo contesto, il presente PTFP ridefinisce, aggiornandolo, il piano triennale dei fabbisogni di personale, per il **triennio 2026-2028**, individuando le unità di personale ritenute necessarie per l'efficace ed efficiente svolgimento delle attività istituzionali previste nel piano stesso.

Il PTFP è difatti un documento di programmazione a valenza triennale da aggiornare annualmente; tenuto conto della sua natura programmatica, i Piani Occupazionali di dettaglio di detta programmazione sono soggetti a revisione annuale allo scopo di essere adeguati alle esigenze sopravvenute sia di carattere organizzativo e funzionale che di eventuale adeguamento ai vincoli finanziari, ovvero essere adeguati ad eventuali nuovi bisogni finalizzati a garantire i livelli essenziali di assistenza, l'attività di emergenza e urgenza, il rispetto di disposizioni normative nazionali e regionali e nuovi indirizzi che dovessero emergere dalla programmazione sanitaria della Regione.

La nuova formulazione dell'art. 6 del **D.Lgs. 165/2001** correla al PTFP la **dotazione organica**, divenendo quest'ultima funzionale alle esigenze di reclutamento e di gestione delle risorse umane necessarie per raggiungere gli obiettivi aziendali.

Il PTFP rappresenta il limite quantitativo della capacità assunzionale per ciascuno degli obiettivi finanziari imposti ed in relazione al budget assegnato e indica, per ciascun anno, le risorse finanziarie destinate alla sua attuazione, specificando la spesa programmata per le assunzioni di personale con rapporto di lavoro di tipo subordinato e quella per il personale con rapporto flessibile.

Il presente PTFP è elaborato nel perseguimento degli obiettivi di equilibrio di bilancio e allineamento ai limiti specifici di spesa per il personale ed alla complessiva consistenza degli organici concordati con la Regione Toscana, con scelte di politiche assunzionali che rimodulano il ricorso ai lavoratori in somministrazione, la riduzione della spesa per progetti di prestazioni aggiuntive nonché con ulteriori specifiche azioni gestionali. Esso descrive le linee strategiche di programmazione in conformità con le modalità redazionali indicate dal decreto ministeriale 30 giugno 2022, n. 132 e in coerenza e sostenibilità con gli obiettivi di salute declinati negli atti di programmazione sanitaria regionale ed aziendale.

Pertanto il PTFP viene redatto in attuazione degli obiettivi in materia di risorse umane assegnati al Direttore Generale della Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale, con lo scopo di **adeguare le risorse** umane presenti nell'Azienda tendendo ad una **media regionale ponderata nel tempo**, che possa concorrere agli obiettivi di equilibrio di bilancio e all'allineamento ai limiti specifici sulla spesa di personale e valutando opportunamente, sia i termini di riequilibrio delle consistenze di organico e ambiti di assorbimento delle professionalità, sia la valutazione di convenienza, in termini di efficienza, efficacia ed economicità, di diretta gestione di servizi nel tempo esternalizzati. Ciò nel rispetto degli **standard sull'assistenza ospedaliera** definiti dalla normativa nazionale di cui al **decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70, del D.M 77/2022** e dei relativi atti regionali di attuazione, nonché nel rispetto delle direttive regionali in materia.

I contenuti di detto PTFP sono pertanto organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dalle *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani di fabbisogni di personale da parte delle amministrazioni pubbliche”*, pubblicate nella Gazzetta Ufficiale serie generale n. 173 del 27.07.2018, nonché dalle precedenti delibere della Giunta Regionale Toscana (cfr. DGRT n. 700 del 20.06.2022, n. 140 del 20.02.2023 e n. 1499 del 09.12.2024), nonché dalla recente **DGRT n.1750 del 22.12.2025** volta a individuare nuovi **indirizzi per la redazione** dei Piani Triennali di Fabbisogno di Personale (PTFP) per il prossimo triennio 2026-2028.

Commento al Piano Triennale del Fabbisogno del Personale

In generale e con riferimento alle **assunzioni**, nell'impostazione del PTFP la programmazione del fabbisogno del personale sarà improntata alla **prioritaria copertura del turn-over** orientandosi verso un nuovo riequilibrio della dotazione organica, **privilegiando**, anche se in forma "leggera", l'inserimento progressivo di **personale a tempo indeterminato** a scapito delle forme di lavoro flessibile, e un **lieve incremento del personale del comparto** rispetto alla dirigenza.

Si privilegerà la definizione degli spazi di manovra economici rispetto all'analisi di dettaglio delle dinamiche dei singoli profili professionali con un **approccio “flessibile”**, in funzione del grado di compatibilità tra sopravvenuti fabbisogni assunzionali (non emersi allo stato attuale) e i principali vincoli di sistema che possono indurre, in ogni momento, cambiamenti significativi delle priorità assunzionali.

Posto ciò, l'Azienda per il triennio di riferimento continuerà a gestire il fabbisogno del personale nel perseguimento degli obiettivi di bilancio, di contenimento dei costi per il personale e di quelli relativi alla complessiva consistenza degli organici concordati con la Regione Toscana, mettendo in campo una politica assunzionale tale da soddisfare, almeno tendenzialmente, le esigenze di funzionalità e di ottimizzazione delle risorse per il miglior funzionamento dei servizi, in modo compatibile con le disponibilità finanziarie e di bilancio.

Per tutto il triennio di riferimento, continuerà a gestire il reclutamento delle assunzioni di personale nell'ambito della capacità di assunzione e nel rigoroso rispetto dei numeri concordati con Regione Toscana in termini di organici.

I prospetti trasmessi da questa Azienda, in sede di monitoraggio mensile, confermano, in via strutturale e non occasionale, il **rispetto** del trend che ha portato all'osservanza dei **vincoli** citati.

A tal fine, la pianificazione delle azioni gestionali sul fabbisogno cercherà di coprire tutti i costi relativi alle assunzioni a tempo indeterminato e determinato attraverso il monitoraggio ed il bilanciamento dei tempi di ingresso e uscita di assunti e cessati, oltre che col dimensionamento della spesa per contratti di somministrazione lavoro nonché per le altre tipologie di contratti di lavoro flessibile. Saranno oggetto di contenimento e relativo **monitoraggio** anche i costi per progetti di **prestazioni aggiuntive**.

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

L'Azienda in primis proseguirà nel reperimento delle risorse non solo attingendo dalle graduatorie di concorsi pubblici ESTAR ma anche attraverso l'istituto delle **stabilizzazioni** che, come ribadito dalle ultime indicazioni regionali (di cui alla DGRT n.1750/2025), dovranno essere considerate **“prioritarie”** rispetto ad altre forme di copertura dei fabbisogni.

Ed è proprio con questa finalità che l'Azienda, per quanto concerne le **procedure di stabilizzazione**, darà priorità a queste forme di reclutamento, privilegiando tali iniziative in considerazione

del fatto che, oltre a costituire un elemento di **rafforzamento dei percorsi** cui il personale è stato preposto, introdurranno elementi di certezza operativa riducendo il ricorso ai contratti a termine (superamento del precariato) e **valorizzando la professionalità acquisita** dal personale, proprio in virtù dell'inserimento in maniera definitiva e stabile di figure professionalmente idonee a garantire il buon andamento delle attività, a garanzia dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o supporto alle stesse.

In coerenza con i suddetti principi e nel rispetto della normativa vigente in materia, è prevista la **conclusione delle procedure di stabilizzazione**, ex comma 268 (art. 1 comma 268 lettera b) della Legge n. 234 del 30.12.2021 prorogata al 31.12.2026 (legge di bilancio 2026) per un fabbisogno che viene stimato nelle seguenti unità:

- n. **1** dirigente medico nella disciplina di **medicina interna** – SOD Medicina Interna Interdisciplinare,
- n. **1** dirigente medico nella disciplina di **medicina nucleare** – SOD Medicina Nucleare,
- n. **2** dirigenti medici nella disciplina di **neurochirurgia** – SOD Neurochirurgia e SOD Chirurgia della Colonna,
- n. **1** dirigente medico nella disciplina di **allergologia e immunologia clinica**.

Tutte queste unità di personale, compatibilmente con l'espletamento delle procedure da parte sia di questa Azienda che di ESTAR, e con l'esito delle stesse, dovrebbero portare alla conferma in servizio, in maniera stabile, dei diversi profili interessati.

A tal proposito e con riferimento al personale della dirigenza si tratterà di aree e ambiti prestazionali relativi ad attività originariamente progettuali divenute oramai consolidate e strutturate cosicché il percorso di stabilizzazione ne consentirà un incardinamento definitivo in base alle specifiche esigenze prestazionali.

Contestualmente e in considerazione della proroga della menzionata Legge si attiveranno **nuove procedure di stabilizzazione**, ex comma 268 (art. 1 comma 268 lettera b) della Legge n. 234 del 30.12.2021 prorogata al 31.12.2026 (legge di bilancio 2026) per un fabbisogno che viene stimato nelle seguenti unità:

- n. **2** dirigenti medici nella disciplina di **cardiologia** – DAI Cardiotoracovascolare,
- n. **1** dirigente medico nella disciplina di **neurologia** – SODC Neurologia - DAI Dipartimento Muscoloscheletrico e Riabilitativo,
- n. **1** dirigente medico nella disciplina **Ginecologia e Ostetricia** – DAI Materno Infantile.

Parallelamente, nell'ambito delle scelte programmatiche in materia di reclutamento, saranno concluse nel corso dell'anno 2026 le **assunzioni già deliberate** negli ultimi mesi del 2025 sia del Comparto Sanità, sia della Dirigenza Sanitaria.

Si tratta di reclutamenti atti a garantire l'obiettivo prioritario di **rafforzamento di alcuni specifici settori/aree ultra-specialistiche** quali, in particolare, le aree di **emergenza-urgenza** (attraverso il reperimento di medici nella disciplina di medicina d'emergenza e accettazione, infermieri e tecnici sanitari di radiologia), funzionali a mantenere il livello dei servizi erogati attraverso prestazioni assistenziali appropriate.

Nella medesima ottica, nel rispetto delle indicazioni regionali e degli impegni già presi con la Regione, nel triennio 2026-2028 saranno immessi in organico i vincitori/idonei dei **concorsi pubblici**.

In particolare, si tratta di **procedure concorsuali già chieste** da questa Azienda ad ESTAR per attività specifica e in fase conclusiva:

- n. **1** dirigente medico di **Oncologia** per la SOD Oncologia Clinica,
- n. **1** dirigente medico di **Chirurgia Plastica e Ricostruttiva**,
- n. **1** dirigente medico di **Neonatologia**,
- n. **1** dirigente medico di **Farmacologia e Tossicologia Clinica**,
- n. **1** dirigente medico di **Neurologia** per la SOD Stroke Unit,
- n. **1** dirigente medico disciplina **Oftalmologia**,
- n. **1** dirigente medico disciplina **Allergologia e Immunologia Clinica**,
- n. **1** dirigente medico disciplina **Ematologia**,
- n. **1** dirigente medico disciplina **Medicina Fisica e Riabilitazione**.

Si aggiungono i concorsi della dirigenza PTA rispettivamente per n. **1** dirigente **ingegnere biomedico** e n. **1** **gestionale**.

L'Azienda darà attuazione alle procedure di **mobilità compensativa e volontaria**, sia interna che esterna, quest'ultima con il supporto di ESTAR, con il duplice obiettivo di favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, nonché di razionalizzare la distribuzione delle risorse, dando **priorità alla**

mobilità interna rispetto alle nuove assunzioni, compatibilmente con il sistema degli incarichi per quanto concerne la dirigenza.

Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 30, comma 2-bis del D. lgs. n. 165/2001, nonché dei principi dettati a livello regionale, ove nel periodo di vigenza del presente piano vi sia la disponibilità di posti di organico, saranno **attivati processi di mobilità esterna**, previa immissione, in via prioritaria, nei ruoli dell'Azienda dell'eventuale personale di altre amministrazioni attualmente in servizio in posizione di comando.

Più nello specifico, per quanto riguarda le procedure di **mobilità volontaria**, area della dirigenza, si privilegerà il possesso di competenze e conoscenze in ambiti specifici e coerenti con l'alta specializzazione dell'AOUC Careggi - Azienda di secondo livello - tali da assicurare un reclutamento di personale adeguato e coerente con la gestione dei pazienti critici con patologie ad elevata complessità (acute e croniche) per i quali è necessario un approccio multidisciplinare e pluridisciplinare.

Con riferimento all'obbligo normativo previsto dalla **legge 68/99 in termini di assunzione di disabili e categorie protette**, nel corso del triennio 2026-2028 questa Azienda, preso atto dell'**Addendum alla Convenzione n. 90 del 16.06.2020** ai sensi dell'art. 11 (c. 2 e 4) L. 68/99, stipulato tra **AOUC e ARTI** in data 22.07.2025, sta procedendo alla **progressiva copertura della quota d'obbligo** delle assunzioni di lavoratori disabili di cui alla L. 68/99 mediante l'inserimento dei soggetti disabili iscritti negli elenchi di cui all'art. 8 della citata norma secondo l'articolazione temporale specificata nell'**Addendum medesimo**.

Pertanto per la programmazione della copertura della quota d'obbligo con riferimento alle categorie protette si procederà ad una revisione, ove necessario, del programma di inserimento lavorativo e delle altre forme di reclutamento, al fine di ottemperare agli obblighi di legge, nella piena collaborazione con le Istituzioni competenti (Centro per l'Impiego ed ESTAR relativamente ai concorsi), e saranno adottate misure per l'efficace integrazione nell'ambiente di lavoro dei nuovi assunti ai sensi della L. 68/99.

Per completezza si rappresenta che **sono in corso le assunzioni** da selezioni numeriche di **7 coadiutori amministrativi** e di **14 operatori tecnici** già programmate ed avviate negli anni precedenti, e che nel corso dell'anno 2026 verranno effettuate, come previsto dall'**Addendum**, le assunzioni numeriche di **ulteriori 7 coadiutori amministrativi e 7 operatori tecnici**.

In presenza di finanziamenti del Ministero della Salute (per ricerca ex art. 12 bis D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i) e dell'Unione Europea (inclusi PNRR), nonché di finanziamenti da privati per la realizzazione di progetti di ricerca, si continuerà ad utilizzare le più appropriate forme di reclutamento istituendo **borse di studio**, assunzioni attraverso **procedure di selezione ex art.15 octies**, o adottando altre forme contrattuali previste nei bandi.

Considerate le peculiarità delle attività aziendali tecnico amministrative volte a soddisfare il bisogno di salute tipico di un'azienda ospedaliero universitaria di terzo livello, si è ritenuto sviluppare il ruolo formativo di AOUC offrendo anche **percorsi di formazione lavoro**, finalizzati all'acquisizione di importanti competenze professionali, che possano favorire l'inserimento nel mercato del lavoro di giovani laureati in materie tecniche, giuridiche ed economiche.

Ai sensi del comma 4, lettera a) dell'art. 33 del CCNL integrativo al CCNL area Comparto Sanità del 7.04.1999 è in atto l'iter selettivo per n.1 posto di **collaboratore amministrativo professionale** ed in previsione quelli di n. **1 ingegnere gestionale** e n. **1 di ingegnere ambientale**.

Per quanto concerne i **contratti di lavoro autonomo**, l'Azienda continuerà ad utilizzare tali tipologie contrattuali in modo residuale rispetto alle forme ordinarie di assunzione limitandone l'attivazione ai soli casi eccezionali e prevedendo, come regola generale, la loro cessazione alla scadenza naturale, salvo valutazioni del tutto eccezionali volte a sopperire a carenze improvvise straordinarie e non trascurabili in assenza di graduatorie concorsuali o l'avvio di progettualità peculiari e specifiche e con specifici finanziamenti anche da privati.

In questo ambito prestazionale sarà posta particolare attenzione in un'ottica di riduzione numerica cercando di salvaguardare le realtà progettuali per le quali lo strumento appare pienamente coerente ed opportuno, nonché sfruttando la tipologia contrattuale per garantire in urgenza adeguati standard operativi per le funzionalità e continuità dei servizi e delle prestazioni assistenziali nelle aree più critiche.

Il ricorso al **lavoro interinale**, nel rispetto degli impegni concordati con la Regione Toscana in termini di riduzione delle consistenze organiche e dei relativi costi, sarà **limitato a casi eccezionali**, legati all'esigenza di assicurare la regolare attività assistenziale ove non sia possibile o efficace il ricorso a forme di lavoro stabile, attingendo dalla vigente graduatoria concorsuale di infermieri, tecnici sanitari, OSS, ecc.

Il contingente di personale sopra individuato, anche in ragione dell'andamento degli organici degli ultimi anni, corrisponde a posizioni di lavoro che si stima coprano fabbisogni di carattere strutturale

dell'organizzazione aziendale. I contratti di somministrazione di lavoro che residuerebbero a seguito delle assunzioni previste risponderebbero invece ad **esigenze di natura temporanea e non programmabile** o riguarderebbero profili professionali per i quali, allo stato attuale, non sono disponibili idonee graduatorie concorsuali presso ESTAR.

Il piano dei fabbisogni 2026-2028 ribadisce la volontà di **valorizzare le competenze** del personale, promuovendone la crescita professionale attraverso **progressioni verticali**. Tali procedure avverranno nel rispetto del principio di adeguato accesso dall'esterno, nonché della normativa contrattuale e delle direttive regionali, entro i limiti previsti dalla legislazione vigente.

In tal senso, al fine di realizzare tali interventi, sono state attivate **progressioni verticali**, nell'area **comparto amministrativo e tecnico**, per un totale di n. **93 posti** complessivi (di cui n.75 in deroga al contratto e n.18 ordinarie), le cui procedure selettive sono in fase di conclusione e consentiranno di effettuare un adeguamento dell'inquadramento del personale rispetto alle competenze possedute e la corrispondenza tra profilo di inquadramento e mansioni svolte.

Si tiene a precisare come la realizzazione delle predette procedure di reclutamento c.d. "speciali" di cui appena sopra (stabilizzazione e progressione interna) garantirà il rispetto del principio di salvaguardia di un adeguato accesso assunzionale dall'esterno.

Ai fini del reclutamento e dell'inserimento nelle **attività assistenziali di docenti universitari** (professori e ricercatori) proseguirà la **programmazione congiunta** nell'ambito dell'ampliato rapporto di collaborazione tra le due istituzioni.

Precisazioni

Nel **Prospetto per la programmazione triennale dei fabbisogni di personale 2026-2028 (Allegato D - Obiettivi PTFP)** viene rappresentato in termini economici e di organico il **quadro di sintesi** relativo al **2026** predisposto in coerenza con gli obiettivi assegnati all'Azienda. Al momento, gli importi e gli organici relativi al 2027 al 2028 sono rappresentati nella stessa misura del 2026, come da indicazioni della richiamata DGR 1750/2025. Le unità di personale, così come i relativi costi, ricomprendono anche le figure di personale temporaneamente acquisito assegnato a progetti coperti da finanziamenti ulteriori rispetto al tipico finanziamento regionale. Il prospetto allegato mostra anche l'elenco delle **voci oggetto di sterilizzazione** di competenza dell'anno 2025.

PIANO AZIENDALE DI FORMAZIONE

Il piano Formativo Aziendale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (PAF) si basa sulla raccolta dei bisogni formativi e contribuisce all'offerta **ECM** per i dipendenti aziendali. Per il **2026** i corsi in programma si articoleranno proporzionalmente sulle competenze e tipologie di obiettivi formativi di seguito presentati.

OBIETTIVI FORMATIVI TECNICO PROFESSIONALI	CONOSCENZE E COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI INDIVIDUALI NEL SETTORE SPECIFICO DI ATTIVITA'	Gli eventi che programmano il loro conseguimento sono specificatamente rivolti alla professione di appartenenza o alla disciplina
OBIETTIVI FORMATIVI DI PROCESSO	CONOSCENZE E COMPETENZE NELLE ATTIVITA' E NELLE PROCEDURE IDONEE A PROMUOVERE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' EFFICIENZA EFFICACIA APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DEGLI SPECIFICI	Obiettivi formativi specificatamente rivolti ad operatori ed équipe che intervengono in un determinato segmento di produzione

	PROCESSI DI PRODUZIONE DELLE ATTIVITA' SANITARIE	
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

Per la prima volta, il processo di definizione del fabbisogno formativo è stato supportato da una **modalità strutturata di raccolta tramite survey**, distribuita a tutte le strutture aziendali. Nella survey è stato indicato per ciascun ambito un **“atteso formativo”**, anche in termini massimi orientativi del numero di progetti previsti in coerenza con la pianificazione strategica. La risposta delle strutture è stata particolarmente ampia e partecipata, generando un **numero di proposte formativo nettamente superiore all'atteso**. Questo esubero rappresenta un segnale di forte vitalità progettuale e di attenzione alla crescita professionale, ma richiede ora un'importante fase di **analisi qualitativa** per garantire coerenza con le priorità aziendali, evitare ridondanze e valorizzare al meglio le proposte più impattanti. L'attività di valutazione è attualmente in corso e costituirà la base per la definizione del Piano delle Attività Formative (PAF) completo dei singoli eventi programmati per il 2026.

L'analisi dei progetti presentati evidenzia un incremento significativo rispetto ai previsti, con aumenti marcati in alcune strutture, come l'Area Amministrativa, il DAI Emergenza e Accettazione e le Specialistiche Mediche e Geriatriche. La maggior parte dei progetti si concentra sul miglioramento dei percorsi assistenziali e sulla qualità clinica di processo. Gli obiettivi formativi risultano orientati prevalentemente verso le competenze tecnico-professionali, seguite dagli obiettivi di processo. Le modalità formative privilegiano i corsi in presenza, ma mantengono un ruolo rilevante anche i gruppi di miglioramento, la simulazione e la didattica blended. La multidisciplinarietà emerge come elemento chiave. Infine, molte iniziative prevedono una valutazione d'impatto, a conferma dell'attenzione crescente verso l'efficacia reale delle attività formative. Inoltre, le proposte di eventi raccolte per la definizione del piano formativo presentano già nella fase di raccolta del fabbisogno una significativa concentrazione di eventi raggruppabili nelle seguenti categorie:

- Iniziative relative a cogenze e certificazioni in Corsi Emergenza Urgenza;
- Iniziative relative a cogenze normative di Rischio Clinico;
- Iniziative relative a cogenze normative di ambito Tecnico Sanitario;
- Iniziative relative a cogenze normative di ambito Salute e Sicurezza sui Luoghi di lavoro;
- Iniziative relative a cogenze normative di ambito Gestionale Amministrativo.

Al fine di garantire il raggiungimento delle missioni **PNCAR e PNNR** di seguito richiamate, AOUC assicura la frequenza degli operatori ai percorsi formativi. Nel caso dell'obiettivo relativo all'ambito Salute AOUC garantisce la massima collaborazione al **Soggetto** attuatore RTI per la gestione di tutte le fasi del percorso formativo.

Piano nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza - Formazione obbligatoria per personale neoassunto - anno 2026 garantire la formazione dei neoassunti su:

- **Prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA)**
- **Antimicrobial Stewardship (AMS)**
- **Diagnostic Stewardship**

La formazione sarà erogata tramite **FAD regionale predisposta da FORMAS**, derivata dall'adattamento del corso finanziato in ambito PNRR sulle ICA.

Ambito Salute Missione M6 C2 I1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE) da parte degli assistiti e degli operatori sanitari.

“Corso di formazione Adozione e utilizzo FSE da parte delle Regioni con l'obiettivo di potenziare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE)” per tutto il personale dipendente
Soggetto attuatore RTI vincitore di gara

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

Priorità SSR in continuità con le indicazioni anni precedenti	Priorità SSN AGENAS 2026
• Fragilità e Cronicità • Innovazione Tecnologica • Appropriatezza prestazioni • Aspetti relazionali • Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'EBP • HTA health Technology assessment	Per il triennio 2026-2028, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina suggerisce di dare priorità alle seguenti aree tematiche, che potrebbero essere oggetto di obiettivi specifici o premialità aggiuntive: • Vaccini e strategie vaccinali. • Radioprotezione (formazione obbligatoria per legge secondo D.Lgs 101/2020). • Sanità Digitale (Telemedicina, Fascicolo Sanitario Elettronico, Cybersecurity). • Risk Management e sicurezza delle cure.

L'Azienda in ambito formativo tiene altresì conto della Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione ad oggetto “**Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti**” pervenuta in data 21/01/2025 integrata con le specifiche per la sanità contenute nella Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione ad oggetto “**Nuove indicazioni in materia di misurazione e di valutazione della performance individuale. integrazione direttiva del 28.11.2023 per l'area e il comparto sanità.**”

PIANO AZIENDALE DI COMUNICAZIONE

Introduzione

L'inserimento del Piano di Comunicazione all'interno del PIAO rappresenta una scelta strategica coerente con gli obiettivi di semplificazione e integrazione del documento. Inserire una cornice di principio ad *alto livello* permette di trasformare la comunicazione da mero atto informativo a vero e proprio fattore di efficienza organizzativa. In questa edizione 2026-2028, l'AOUC Careggi sceglie di integrare il Piano di Comunicazione all'interno del PIAO, riconoscendo alla funzione comunicativa un ruolo trasversale e abilitante per il raggiungimento di tutti gli obiettivi strategici. La **comunicazione** è intesa non solo come dovere di informazione e trasparenza verso l'esterno, ma come **leva di efficienza gestionale interna**, anche per indirizzare comportamenti virtuosi.

A tal fine, l'Azienda Careggi promuove **comportamenti orientati alla sobrietà e all'efficacia nei flussi informativi**: dalla razionalizzazione dell'uso della posta elettronica - finalizzata a evitare interlocutori ridondanti - alla gestione strutturata degli incontri, basata su obiettivi definiti e partecipanti necessari. Tale approccio mira a ottimizzare il tempo di lavoro, migliorare la qualità delle relazioni professionali e, in ultima analisi, rafforzare la capacità dell'Azienda di generare Valore Pubblico per i propri utenti e stakeholder.

Per delineare la strategicità della Comunicazione, sia verso l'interno che verso l'esterno, sono stati individuati, dunque, alcuni principi cardine generali:

La Comunicazione come Leva di Efficienza (Interna)

La comunicazione non deve essere intesa solo come trasferimento di dati, ma come strumento per ottimizzare i processi e il clima interno.

- **Principio di Pertinenza e Selettività (E-mail):** La gestione dei flussi via e-mail deve ispirarsi alla riduzione della ridondanza informativa. È necessario limitare i destinatari ai soli soggetti direttamente coinvolti nel processo decisionale o operativo, evitando l'invio massivo di comunicazioni che genera "rumore" di fondo e rallenta l'attività amministrativa.
- **Principio di Efficacia negli Incontri e Riunioni:** Ogni incontro deve avere obiettivi definiti, una durata prestabilita e la partecipazione dei soli interlocutori necessari. Questo approccio garantisce che la comunicazione diventi un momento di sintesi e decisione, anziché un onere organizzativo.
- **Principio di Condivisione dei Valori:** Una comunicazione interna fluida è essenziale per accrescere la condivisione degli obiettivi aziendali e migliorare il benessere organizzativo, riducendo le resistenze al cambiamento.

La Comunicazione come Generatrice di Valore Pubblico (Esterna)

Verso i cittadini e gli stakeholders, la comunicazione diventa lo strumento per rendere "tangibile" il servizio sanitario.

- **Comunicazione Generativa e Cittadinanza Attiva:** L'Azienda promuove un percorso di ascolto reciproco per trasformare l'interazione con l'utente in un atto di cittadinanza attiva, facilitando l'accesso ai servizi e la comprensione delle regole del sistema.
- **Trasparenza e Orientamento al Cittadino:** Il Piano mira a fornire un quadro organico della programmazione dell'Ente attraverso un linguaggio snello e sintetico, aumentando la fiducia della collettività nell'istituzione pubblica.
- **Integrazione Ospedale-Territorio:** La comunicazione esterna deve favorire la collaborazione con la Medicina Generale e le strutture territoriali per garantire la continuità dei percorsi assistenziali e la piena accessibilità alle prestazioni.

La Digitalizzazione come Facilitatore

- **L'uso di tecnologie evolute** (come la suite di videoconferenza e di messaggistica istantanea aziendale) deve servire a standardizzare le modalità di contatto, rendendo la collaborazione applicativa sicura ed efficace.

Scopo e campo di applicazione

Il presente Piano di Comunicazione ha lo scopo di definire la **strategia di informazione e comunicazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi per il triennio 2026-2028**, in linea con gli obiettivi di trasparenza, accessibilità e partecipazione previsti dalla normativa vigente. Il documento rappresenta lo strumento programmatico volto a coordinare i flussi comunicativi verso l'esterno e verso l'interno, assicurando la coerenza dei messaggi e l'ottimizzazione delle risorse impiegate.

Il Piano si applica a tutte le strutture aziendali e riguarda **l'intero ecosistema comunicativo** dell'AOU Careggi, includendo le attività di informazione istituzionale, le relazioni con il pubblico (URP), la comunicazione digitale e le iniziative di marketing sociale realizzate in collaborazione con i partner istituzionali.

Premessa

Nel corso dell'anno 2023 alla guida dell'Azienda Careggi è subentrata una nuova direzione (generale, sanitaria e amministrativa), che, confermando in generale i precedenti obiettivi di lungo periodo, ha incoraggiato un fattivo rafforzamento della **UOs Comunicazione**, tramite l'acquisizione di nuove risorse professionali provenienti da altre strutture aziendali, che hanno mostrato interesse e competenze per il settore della Comunicazione, nell'ottica di potenziare il marketing sociale tramite una maggiore **collaborazione con la Fondazione Careggi ETS**, nonché gli approcci comunicativi rivolti all'utenza tramite il **Settore URP** nelle sue articolazioni interne (**Front Office, Tutela, Partecipazione**) e la comunicazione digitale, finalizzata all'adozione di diverse modalità di linguaggio e di possibilità di creazione di contenuti in sanità soprattutto all'interno e tramite i social network.

Come evidenziato nei precedenti due Piani (quello del 2023 e quello del 2024-2025), l'emergenza sanitaria, determinata dalla pandemia da Covid-19 negli anni 2020-2022, ha profondamente cambiato anche la programmazione delle attività di comunicazione, che ha dovuto **adattarsi ai cambiamenti organizzativi** aziendali, insegnando a lavorare sempre più in squadra, a fare rete a tutti i livelli e ad acquisire la consapevolezza dell'importanza della condivisione e dell'integrazione dei processi comunicativi.

Le attività di comunicazione e informazione sono diventate **sempre più tempestive**, richiedendo un livello massimo di **chiarezza e trasparenza**, per essere efficaci e soprattutto utili ai diversi target cui si rivolge abitualmente l'AOU Careggi. Ciò ha richiesto di velocizzare il flusso comunicativo in entrata e in uscita, per fornire tutte le notizie necessarie, aggiornate in tempo reale, a cittadini, organi di informazione, professionisti, stakeholder, relative all'andamento della pandemia e alle novità organizzative aziendali.

Non c'è dubbio che la comunicazione sia parte integrante della qualità percepita dei servizi proposti all'utenza, a qualsiasi livello. Non si può non comunicare perché anche l'assenza di comunicazione è una forma di comunicazione. La comunicazione può agevolare e migliorare la partecipazione attiva degli utenti ai processi decisionali, la valutazione dei servizi, la scelta tra alternative sulla base di propri criteri e valori preferenziali e può contribuire a conseguire equità, accessibilità, efficienza e appropriatezza in tutte le aree dell'assistenza (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione). Nella pianificazione della comunicazione è necessario, pertanto, tener conto delle differenze cognitive, percettive e comportamentali delle diverse tipologie di utenti in modo da ridurre le disuguaglianze informative tra chi ha accesso a corrette informazioni e servizi appropriati e chi, invece, continua a rimanerne escluso.

Da qui la necessità di aggiornare, riorganizzare, potenziare, sviluppare e incrementare anche i canali social esistenti (Facebook, X, YouTube, messaggistica istantanea, internet, intranet), attivando nuovi social network (Instagram, LinkedIn e in futuro anche Telegram) per la comunicazione interna ed esterna, e contestualmente definire un programma strategico di attività comunicative rafforzando la collaborazione con Enti e istituzioni e soprattutto con soggetti tradizionalmente vicini all'Azienda come la Fondazione Careggi ETS e Immobili Careggi, partners con cui condividere scelte strategiche sui media mix, sui canali attraverso i quali si intende veicolare la comunicazione.

La scelta del **come comunicare che cosa**, attraverso quale strumento, a quale pubblico e tramite quali eventi e iniziative, farà parte di quelle decisioni della regia della comunicazione, in capo all'AOU Careggi, che il presente Piano ha il compito di agevolare e supportare, tramite una programmazione annuale con schema di attività flessibili e integrabili in itinere.

Occorre precisare che, come in ogni programmazione, anche quella contenuta nel Piano di Comunicazione può spingersi solo fino ad un certo livello di dettaglio.

Nello specifico, la scheda di progetto in allegato sarà progressivamente aggiornata nel corso degli anni 2026-2028, fornendo un elenco il più possibile completo ed esaustivo degli eventi e progetti che si intendono realizzare attraverso un razionale e corretto impiego del personale e delle risorse economiche in dotazione, e comunque sempre nel rispetto degli indirizzi di Governo esplicitati nel Piano della Comunicazione regionale per l'anno 2026 e successivi. Alcune iniziative potranno essere realizzate con il supporto di eventuali sponsorizzazioni a scopo solidale e benefico.

Riesame delle attività 2024-2025

Negli anni 2024 e 2025, l'Azienda Careggi nell'ambito della Comunicazione ha:

- promosso, sviluppato e realizzato iniziative di prevenzione e **sensibilizzazione su temi oncologici** in sinergia con Ispro (Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica) e l'Ausl Toscana centro;
- realizzato, sostenuto e diffuso attività di prevenzione e contrasto **agli episodi di violenza contro gli operatori**, attraverso l'adesione e la promozione di iniziative comunicative di sensibilizzazione verso il personale e verso l'utenza, in linea con le analoghe attività di comunicazione della Regione Toscana;
- sviluppato la **comunicazione integrata**, per rafforzare, all'esterno e all'interno, la *brand identity* aziendale;
- **rafforzato e coordinato l'intero ecosistema comunicativo** rappresentato prevalentemente da tre aree (AOUC, Immobili Careggi, Fondazione Careggi ETS);
- migliorato la promozione delle iniziative, la **valorizzazione dei social** e la presenza digitale;
- costituito un gruppo di lavoro per l'aggiornamento e l'ottimizzazione della **Intranet aziendale**;
- definito e avviato i progetti **"Careggi Green Hospital"** e **"CareggiinArte"**, finalizzati alla promozione della salute e del benessere di pazienti, operatori e dell'intera comunità, in collaborazione con **Fondazione Careggi ETS**;
- sviluppato e rafforzato i **"Rapporti Internazionali"** tramite un Gruppo di lavoro dedicato, al fine di favorire l'interscambio delle migliori esperienze multidisciplinari in ambito sanitario e i processi formativi aziendali anche in collaborazione con le Aziende e gli Enti sanitari a livello di Area Vasta Centro;
- sviluppato la rete di collaborazione con le **Associazioni di Volontariato** accreditate e accreditabili presso l'Azienda Careggi a tutela dei cittadini, nell'ottica di rispondere, nel miglior modo possibile, al fabbisogno, espresso e sommerso, dei pazienti e degli utenti.

Prospettive 2026-2028

L'AOU Careggi si pone l'obiettivo di sviluppare ulteriormente forme e contenuti di comunicazione, volti a rendere chiara e trasparente la relazione di servizio con i cittadini, al fine di prevenire eventuali criticità, che possano minare il patto di fiducia con i cittadini.

Inoltre, nel confermare la volontà di continuare a rafforzare e coordinare l'intero ecosistema comunicativo rappresentato da tre aree (AOUC, Fondazione Careggi ETS, Immobili Careggi), si pone l'obiettivo di sviluppare il progetto del **Green Hospital**, orientato alla riqualificazione del Campus attraverso un completo ridisegno delle aree verdi e della viabilità, ma anche attraverso una valorizzazione degli ambienti interni e l'attuazione di modelli organizzativi ispirati a scelte ecosostenibili e di promozione della salute e del benessere di pazienti, operatori e della comunità tutta.

I principali interventi riguarderanno:

- La riorganizzazione degli spazi aperti in ottica di **ecosostenibilità**, con impiego sistemico e pervasivo degli alberi per il condizionamento microclimatico e la regolazione idrogeologica (Nature Based Solution);
- La creazione di **giardini terapeutici** (Healing Garden) in prossimità della Medicina dello Sport e dell'Oncologia;
- La realizzazione di un **"Giardino della Salute"**; un giardino terapeutico con percorsi di ortoterapia e Garden Therapy ma anche di approfondimento didattico sulle piante medicinali ed i loro usi. Questo sarà ricavato in prossimità del Centro di ricerca e innovazione in Fitoterapia e Medicina Integrata (CERFIT), per rendere possibile un approccio interdisciplinare alla salute e all'informazione dei cittadini.
- Il ripensamento della mobilità interna ed esterna in ottica di piena sostenibilità attraverso un progetto di **Eco Mobility** che riorganizzi accesso al Campus e viabilità interna (piste ciclabili, percorsi disabilità, punti parcheggio, riconversione elettrica dei mezzi, eccetera);
- Il **Relamping** di tutti i corpi illuminanti con lampade a risparmio energetico (LED);
- Iniziative organizzative, ma anche informative e formative, per la promozione di una cultura improntata all'**economia circolare** e a modelli di consumo responsabili;
- La valorizzazione di alcuni spazi interni attraverso l'esposizione di opere d'arte ispirate ai temi dell'ambiente e del paesaggio (**CareggArte**), per migliorare il comfort e la fruizione degli spazi ospedalieri da parte di pazienti, visitatori e operatori, attraverso l'osservazione e la contemplazione della bellezza con positive ricadute emozionali e psicologiche. La realizzazione e lo sviluppo di questo progetto, particolarmente innovativo e sfidante, richiede la costruzione costante di una rete di relazioni di collaborazione, supporto e sostegno a livello territoriale e non solo. Si prevedono iniziative da progettare e realizzare in collaborazione con l'AUSL Toscana centro e altri soggetti del territorio.

Tra i vari obiettivi individuati, l'AOU Careggi si pone anche quello di promuovere l'applicazione **dell'Intelligenza Artificiale** in alcuni ambiti organizzativi per migliorare la qualità e l'efficacia delle attività sanitarie, ottimizzare i processi amministrativi e clinici, ridurre i costi e migliorare l'efficienza.

Perché il piano di comunicazione

Il Piano di Comunicazione, previsto dalla normativa vigente, è uno **strumento strategico** che consente di programmare le attività di comunicazione, organizzarle, renderle operative, promuoverle e comunicarle in maniera efficace.

La comunicazione riveste, infatti, un ruolo strategico per l'attuazione delle politiche per la salute, favorendo lo sviluppo dell'alleanza tra cittadini e gli enti erogatori di servizi sanitari.

In questo contesto, particolare rilevanza assumono le azioni tese a correggere l'asimmetria informativa tra i professionisti sanitari e i cittadini, al fine di promuovere una reale autonomia di scelta (empowerment) da parte dell'utente e di migliorare la comunicazione tra l'Azienda e i vari portatori di interesse (stakeholders).

La pluralità delle fonti, la frammentazione delle informazioni, il proliferare di fake news, se non adeguatamente monitorate e governate, possono rischiare di confondere gli utenti e anche gli stessi operatori sanitari rispetto alle attività e ai servizi forniti dall'Azienda.

Il Piano di Comunicazione è, pertanto, lo strumento per programmare e coordinare le azioni di comunicazione istituzionale dell'Azienda con una visione strategica di insieme e in piena coerenza con le indicazioni contenute nel Piano della Comunicazione della Regione Toscana per ogni singolo anno del triennio 2026-2028.

Il Piano rende note e valorizza le scelte e le iniziative dell'Azienda, definisce e aggiorna gli obiettivi, i contenuti, gli strumenti, i tempi di attuazione e le modalità di verifica delle proprie iniziative di comunicazione.

In linea con la **Legge 150/2000** "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni" e con le disposizioni ministeriali e normative - nazionali e regionali - a esse dedicate, tutte le attività di informazione e di comunicazione svolte in modo istituzionale dall'Azienda sono ricomprese in modo coordinato e integrato nel presente Piano di Comunicazione.

La comunicazione diventa, quindi, “parte integrante dell’azione aziendale”, come altresì previsto dalla direttiva 7 febbraio 2002 della Presidenza del Consiglio dei ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica.

La **capacità di informare**, coinvolgere e orientare i cittadini per la tutela della propria salute e per una fruizione appropriata dei servizi erogati dall’AOU Careggi, è un passaggio indispensabile nel percorso di gestione aziendale.

La pianificazione della comunicazione permette di individuare perché un’Azienda comunica (finalizzazione); chi comunica e verso quali target (protagonisti della comunicazione); cosa comunicare (prodotti/servizi comunicativi); come comunicare (con quali strumenti e risorse), in modo da mettere l’organizzazione nelle condizioni di avere una visione complessiva della propria comunicazione.

Sotto il profilo organizzativo è una **leva verso l’innovazione** sia riguardo all’efficacia e all’efficienza della comunicazione, sia in senso più generale per migliorare le relazioni e il dialogo dentro e fuori l’organizzazione, perché coinvolge diversi attori e stakeholders, costruisce relazioni e produce insegnamenti e valori.

Il Piano viene redatto e aggiornato in base a una specifica procedura dell’Azienda Careggi ed è condiviso e concordato con la Direzione Aziendale. Il Piano si articola in nove fasi tra loro correlate, che prevedono: l’analisi del contesto in cui si opera (già esplicitata nella Premessa); l’individuazione degli obiettivi, chiari e misurabili, che si intendono raggiungere a sostegno dell’identità e dell’attività aziendali; l’individuazione dei pubblici di riferimento (interni ed esterni); le scelte strategiche (definizione dei messaggi, linguaggi, mezzi e canali da utilizzare); le scelte di contenuto (messaggi chiari, comprensibili e coerenti); l’individuazione delle azioni e degli strumenti di comunicazione (accessibili, rapidi e attrattivi); l’individuazione degli attori (interni ed esterni, chi fa che cosa); la definizione dei tempi e del budget (risorse materiali disponibili); la misurazione dei risultati (costante azione di monitoraggio e valutazione dei punti di forza e di debolezza per eventuali correttivi in itinere e per tesaurizzare l’esperienza a vantaggio dell’efficacia e dell’efficienza di una nuova azione).

Funzioni della UOs Comunicazione a servizio dell’attuazione del piano

La comunicazione (sia interna che esterna) è ritenuta a livello aziendale leva strategica per il miglioramento continuo, tanto che l’AOU Careggi si è posta l’obiettivo di potenziare il processo virtuoso di orientamento alla trasparenza, alla partecipazione e promozione dell’equità, e alla parità di accesso ai servizi, favorendo la massima diffusione e condivisione di informazioni, dati, notizie e novità, migliorando anche le relazioni con i diversi pubblici e stakeholder, come ribadito dalla Dimensione 4 “Partecipazione di cittadini per la governance clinica” della Legge Regionale 51/2009 e smi relativa agli standard di accreditamento istituzionale.

Per gli anni 2026-2028 l’AOU Careggi intende rafforzare ulteriormente i vari ambiti della comunicazione, tramite l’utilizzo di vari strumenti e canali, ben programmato e secondo una precisa cabina di regia, per favorire il raggiungimento di livelli molto elevati di efficienza ed efficacia in ogni ambito dell’organizzazione.

Inoltre, informare correttamente, in modo trasparente e immediato, il personale, aumenta il senso di appartenenza, favorisce un positivo clima interno, il benessere organizzativo e la partecipazione.

Come da Provvedimento del Direttore Generale dell’AOU Careggi n. 354 del 10 giugno 2022, la Unità Operativa Semplice Comunicazione, afferente all’Area Relazioni di Lavoro e Comunicazione in Staff della Direzione Aziendale, cura tutte le attività di comunicazione rivolte all’interno e ai cittadini. Alla struttura fanno capo, pertanto, le campagne di comunicazione e le iniziative volte alla presentazione dei servizi aziendali, le attività di promozione di corretti stili di vita e le attività dell’Ufficio relazioni con il pubblico.

Tutte le attività di comunicazione hanno come obiettivo quello di assicurare il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni rivolte all’esterno attraverso tutti gli strumenti disponibili.

La struttura di comunicazione: cura la comunicazione istituzionale e la comunicazione interna; è responsabile della comunicazione integrata, della pubblicazione sul sito Internet/Intranet Aziendale e sui canali social aziendali; collabora all’organizzazione di eventi e concessione patrocinii, alla raccolta fondi e con le Associazioni di volontariato e tutela, fornendo loro supporto per lo svolgimento dei progetti e delle attività in ospedale. È anche responsabile delle attività di relazioni con il pubblico (URP).

Le attività di comunicazione nell'AOU Careggi si articolano prevalentemente nei seguenti macrosettori:

- **Comunicazione istituzionale:** è la comunicazione dell'istituzione pubblica, fatta in forma neutra, impersonale, per far conoscere le disposizioni, le scelte strategiche, le novità e le attività dell'Azienda, garantire la trasparenza delle decisioni, favorire la partecipazione e l'ascolto dei cittadini.
- **Comunicazione sociale:** è la comunicazione orientata a sensibilizzare l'opinione pubblica su temi di rilevante interesse pubblico, per agire su aspetti sociali, atteggiamenti e comportamenti.
- **Comunicazione interna:** prepara, promuove e accompagna i processi di cambiamento, adattamento e trasformazione degli assetti organizzativi e gestionali e assume, pertanto, un fondamentale valore strategico, funzionale a una nuova cultura aziendale. È un'attività complementare alla comunicazione esterna, ma da essa distinta perché la circolazione del flusso di informazioni utilizza una rete strutturata di canali di divulgazione (lista utenti, profili social aziendali, rete Intranet), in modo che sia facilmente fruibile e riconoscibile, sia per essere consultata che per essere alimentata. Inoltre, contribuisce ad aumentare la motivazione e il coinvolgimento del personale, facilitando la comunicazione orizzontale per favorire il clima di gruppo e creare senso di appartenenza all'Azienda; favorisce e supporta i processi di comunicazione per la formazione rispetto ai molteplici portatori di interesse e ai valori del servizio guida del Servizio Socio Sanitario Regionale, nonché la condivisione delle informazioni in modo da potenziare i processi di partecipazione interna e la condivisione delle scelte organizzative.
- **Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):** l'URP è principalmente un servizio di comunicazione che riconosce e valorizza il diritto dei cittadini ad essere informati e ascoltati, a ricevere risposte chiare ed esaurienti, a riconoscere il loro diritto di presentare osservazioni, denunce e reclami. L'URP favorisce il ruolo attivo dei cittadini e la loro partecipazione alle scelte dell'Azienda, secondo i principi di trasparenza e di semplificazione delle attività istituzionali della P.A..

Le funzioni principali dell'URP sono di: ascolto del cittadino, gestione complessiva dei reclami, rilevazione dei bisogni; informazioni generali sull'organizzazione e attività dell'Azienda, orientamento per l'accesso alla modulistica, assistenza alla compilazione della modulistica per accedere ai servizi; supporto alle attività legate all'Accesso civico; orientamento per l'accesso ad informazioni specifiche relative agli atti e procedimenti; suggerimenti e proposte rivolte al responsabile di struttura, per l'eliminazione dei disservizi.

Provvede al rilascio delle credenziali SPID (Sistema Pubblico di Identità digitale) tramite Lepida (un *identity provider* accreditato da AgID), alla registrazione delle DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento) sul portale di Regione Toscana, e alla registrazione manuale del consenso dell'utente alla Disposizione del proprio corpo e dei tessuti *post mortem* (DPM). Fa parte dell'Ufficio relazioni con il pubblico il Servizio accoglienza che aiuta gli utenti a orientarsi all'interno dell'ospedale facilitandone l'accesso ai servizi.

- **Redazione Web:** www.aou-careggi.toscana.it è la fonte ufficiale di informazione dell'Azienda il cui restyling è stato portato a termine nel 2024. Il sito viene aggiornato in tempo reale, con particolare attenzione alle seguenti aree: sezione News "in evidenza"; "come fare per..." sezione nella quale sono raccolte le richieste più frequenti relative ad attività e servizi rivolti al cittadino; sezione "Dipartimenti" e più in generale tutte quelle informazioni di interesse per i cittadini e per gli stakeholders.
- **Comunicazione Esterna:** le principali funzioni della Comunicazione esterna sono: potenziare l'informazione *customer-oriented*; garantire il diritto all'informazione sulle attività di ricerca, didattica e assistenza svolte dall'AOU Careggi; migliorare le informazioni per potenziare l'accoglienza, la partecipazione e l'accesso ai servizi; potenziare l'ascolto e la partecipazione degli utenti, singoli o associati; far conoscere i servizi e le attività aziendali; promuovere l'immagine aziendale; promuovere iniziative che favoriscano la conoscenza dell'organizzazione e i suoi servizi; promuovere attività di collaborazione e relazione con la Regione Toscana, le aziende del SSR, Enti e Istituzioni per potenziare le sinergie di rete.

Articolazione del piano

Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati dall'Azienda, orientati a favorire il dialogo e l'interazione sia con gli utenti che con i professionisti, sono rappresentati da canali tradizionali (brochure, opuscoli, poster, altre pubblicazioni); canali interattivi e partecipativi (centralino, URP, Cup, numeri verdi, punti informativi, eventi e convegni); canali online (sito web, intranet, posta elettronica, social media con profili aziendali). Tra le forme comunicative saranno privilegiate in particolare, oltre ai format giornalistici garantiti dall'addetto stampa aziendale, quelle più innovative, tramite il consolidamento delle azioni sui social media e dello storytelling, molto efficaci in un contesto mediatico che muta velocemente.

Inoltre, per migliorare l'accessibilità alle informazioni e offrire un supporto più efficace a utenti e pazienti saranno progettate alcune soluzioni per la implementazione di un Chatbot con Intelligenza Artificiale con interazione sia testuale che con la voce e la presenza o meno di un avatar digitale. L'obiettivo è semplificare il rapporto tra cittadini e struttura sanitaria, riducendo la complessità dei canali tradizionali e valorizzando l'efficienza.

Particolare rilievo verrà, quindi, dato alla comunicazione crossmediale. Quest'ultima rappresenta un'evoluzione della comunicazione mediatica che, tradizionalmente, è sempre stata riservata ai classici strumenti di comunicazione di massa (tv, stampa, radio). Di fatto, con l'avvento e la crescita esponenziale del web e delle piattaforme di social media, si è assistito a una trasformazione della comunicazione mediatica in comunicazione cross-mediatica. Con questo termine si intendono tutte quelle attività che connettono i mezzi di comunicazione l'uno con l'altro, grazie allo sviluppo e alla diffusione di piattaforme digitali: le informazioni vengono emesse in diversi formati e canali sulla base della tipologia dei media, in un'ottica di ottimizzazione delle performance comunicative e di interazione tra il lettore e le diverse piattaforme social. In questo contesto, internet e soprattutto i social media sono strumenti particolarmente utili, perché si adattano alle molteplici esigenze di comunicazione dell'Azienda e permettono di comunicare con immediatezza.

Nello specifico, l'AOU Careggi utilizza i seguenti strumenti di comunicazione social con specifici profili aziendali: Facebook, X, YouTube, Instagram, LinkedIn. I diversi strumenti disponibili saranno utilizzati per realizzare azioni di comunicazione organizzativa integrata, superando il tradizionale dualismo tra "comunicazione interna" ed "esterna", intendendo invece l'una il continuum dell'altra. Per contenere i costi, inoltre, la copertura fotografica di eventi e le attività di streaming (particolarmente utilizzate nell'ambito della formazione) continueranno a essere autoprodotte, salvo casi di necessità e urgenza o per altre esigenze.

Per gli eventi saranno privilegiate sedi aziendali o universitarie o comunque disponibili a titolo gratuito o a costi ridotti. Le risorse economiche per la realizzazione delle azioni previste sono individuate dalla Direzione Aziendale, che assegna annualmente il budget. La progettazione e l'organizzazione della maggior parte delle azioni previste dal Piano (sintetizzate nella tabella allegata) prevede l'utilizzo di risorse interne.

Verifica e misurazione dei risultati

L'attuazione del presente Piano sarà accompagnata da un'attività trimestrale di monitoraggio e valutazione (effettuata dalla UO Comunicazione), finalizzata a misurare i risultati e gli effetti delle specifiche azioni di comunicazione e l'efficacia degli strumenti utilizzati. Il monitoraggio dei risultati sarà realizzato attraverso il ricorso a strumenti di rilevazione, quali le segnalazioni e i reclami legati alle problematiche relazionali o alla scarsa conoscenza dei servizi e delle modalità di accesso, il feedback ricevuto a seguito delle uscite sui media dopo l'invio di comunicati stampa e delle attività sui canali social aziendali, l'analisi qualitativa e quantitativa della rassegna stampa (qualora predisposta ad uso interno in ragione di specifici eventi di particolare rilievo), i feedback ricevuti attraverso i social media, etc... I risultati del monitoraggio e relativo report vengono inviati alla Direzione.

Modalità di comunicazione del piano

Il Piano di Comunicazione aziendale, che da questa edizione diventa parte integrante del PIAO, è pubblicato nella specifica sezione dedicata ai Documenti di programmazione strategico gestionale e inserito come richiamo anche nella pagina web della Comunicazione sul sito internet aziendale (www.aou-careggi.toscana.it) e sulla intranet, per essere portato a conoscenza di tutti i professionisti.

Conclusioni

Il Piano di Comunicazione è un documento dinamico, in continua evoluzione, e come tale passibile di aggiornamenti e integrazioni annuali all'interno del PIAO.

Documenti correlati

Allegato E- Piano di Comunicazione anno 2026-2028 Programma Attuativo

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

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

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

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

MONITORAGGIO PERFORMANCE

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

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

Nella stessa piattaforma web, oltre alla consultazione delle schede budget, è possibile consultare una **reportistica** di maggiore dettaglio di alcuni indicatori di budget, dell'attività svolta, del personale assegnato, dei consumi di ogni struttura. Alcuni report sono aggiornati con cadenza mensile, altri con cadenza trimestrale, e possono essere consultati in ogni momento da ogni dipendente dell'azienda.

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

MONITORAGGIO SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI

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

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

MONITORAGGIO AMBITO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

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

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

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

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

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

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

Tale riesame richiede la partecipazione attiva dei dipendenti al processo di gestione del rischio e all'attuazione delle misure di prevenzione programmate, al fine di individuare rischi emergenti, identificare ulteriori processi organizzativi da mappare, prevedere nuovi e più efficaci criteri per l'analisi e la ponderazione del rischio.

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

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

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

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

MONITORAGGIO PIANO ORGANIZZAZIONE LAVORO AGILE

Il monitoraggio delle azioni e degli obiettivi definiti per migliorare l'organizzazione e l'impatto del lavoro agile è costruito con riferimento all'andamento degli indicatori esplicitati nelle tabelle esposte nell'Allegato C-POLA. Molti degli indicatori presenti richiedono indagini ad hoc che prevedono anche la 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).

ALLEGATO A: OBIETTIVI STRATEGICI, OBIETTIVI OPERATIVI, INDICATORI DI BUDGET 2026

RISPETTO TEMPO DI ATTESA DI 30GG PER INTERVENTI CHIRURGICI CLASSE A

OB IETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE 2025	VALORE ATTESO 2026	VMA
RISPETTO PIANO NAZIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO MAMMELLA ENTRO 30gg	91.33	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO PROSTATA ENTRO 30gg	84.29	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO COLON ENTRO 30gg	93.1	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO RETTO ENTRO 30gg	93.59	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO UTERO ENTRO 30gg	85.88	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. PER MELANOMA ENTRO 30gg		90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO TIROIDE ENTRO 30gg	98.57	90	75
		PNGLA: PERC. BYPASS AORTOCORONARICO ENTRO 30gg	80.65	90	75
		PNGLA: PERC. ANGIOPLASTICA CORONARICA (PTCA) ENTRO 30gg	92.75	90	75
		PNGLA: PERC. ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA ENTRO 30gg	79.03	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. PROTESI ANCA ENTRO 30gg	78.43	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE POLMONE ENTRO 30gg	96.44	90	75
		PNGLA: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE ENTRO 30gg	83.21	90	75
		PNGLA: PERC. CORONAROGRAFIA ENTRO 30gg	85.61	90	75
		PNGLA: PERC. BIOPSIA CUTANEA FEGATO ENTRO 30gg	97.09	90	75
		PNGLA: PERC. EMORROIDECTOMIA ENTRO 30gg	100	90	75
		PNGLA: PERC. RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE ENTRO 30gg	59.26	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE CAVO ORALE ENTRO 30gg	90.48	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO ESOFAGO ENTRO 30gg	100	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO FEGATO ENTRO 30gg	86.59	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO LARINGE ENTRO 30gg	92.31	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO PANCREAS ENTRO 30gg	71.43	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO RENE ENTRO 30gg	50.28	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO STOMACO ENTRO 30gg	93.1	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO VESCICA ENTRO 30gg	48.96	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORE MALIGNO OVAIO ENTRO 30gg	96.3	90	75
		PNGLA: PERC. INTERVENTI CHIR. TUMORI CRANICI ENTRO 30gg	81.69	90	75

MIGLIORAMENTO DELL'EFFICIENZA DI SALA OPERATORIA

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE 2025	VALORE ATTESO 2026	VMA
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA SALA OPERATORIA	VALUTAZIONE INCREMENTO TEMPI CHIRURGICI/ TOT. TEMPO DISPONIBILITA' SALA		100%	0
	CORRETTA PROGRAMMAZIONE SALE OPERATORIE	PERC. INTERVENTI CONVALIDATI IL GIORNO DELL'INTERVENTO/ TOT. INTERVENTI		> 98 %	78
		PERC. PZ OPERATI PRESENTI IN LISTA OPERATORIA DEL GIORNO PRECEDENTE/ TOT. PZ OPERATI		> 98 %	0
		PERC. PZ OPERATI INFORMATICAMENTE PROVENIENTI DA LISTA DI ATTESA (C.D. PRONTI DI AMBU) / TOT. PZ OPERATI		> 98 %	0
		PERC. PZ PROGRAMMATI IN LISTA OPERATORIA NON OPERATI/ TOT. PZ IN LISTA		< 15 %	20

INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

OB STRATEGICO	OB OPERATIVO	INDICATORE	VALORE 2025	VALORE ATTESO 2026	VMA
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	SEGNALAZIONE PAZIENTI AI MMG	PERC. PZ RICOVERATI SEGNALATI AL MMG/ PZ. DIMESSI	78.11	95	0
	SEGNALAZIONE PAZIENTI AI MMG	PERC. ACCESSI AMBULATORIALI SEGNALATI AL MMG/ PZ. VISITATI	82.94	95	0

SVILUPPO TELECONSULTO CON MEDICI SPECIALISTI ASL	N. TELECONSULTI EFFETTUATI/ N. TELECONSULTI RICHIESTI DA SPECIALISTI ASL		100	0
SVILUPPO TELECONSULTO CON MMG	N. TELECONSULTI EFFETTUATI/ N. TELECONSULTI RICHIESTI DA MMG		80	0

SVILUPPO TELEMEDICINA

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE 2025	VALORE ATTESO 2026	VMA
SVILUPPO TELEMEDICINA	SVILUPPO TELEVISITE DI CONTROLLO	PERC. TELEVISITE DI CONTROLLO / TOT CONTROLLI	differenziato per struttura	differenziato per struttura	0

ORIENTAMENTO ALL'INNOVAZIONE METODOLOGICA

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE 2025	VALORE ATTESO 2026	VMA
ORIENTAMENTO ALL'INNOVAZIONE METODOLOGICA	UTILIZZO TECNICHE INTELLIGENZA ARTIFICIALE	N. PERCORSI CON UTILIZZA AI		>= 3	0

QUALITA' CLINICA E DI PROCESSO

OB STRATEGICO	OB OPERATIVO	INDICATORE	VALORE 2025	VALORE ATTESO 2026	VMA
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI DA MES/ PNE: MATERNO INFANTILE	PNE: PERC. PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO	16.5	20	35
		PNE: PERC. PARTI VAGINALI IN DONNE CON PREGRESSO TAGLIO CESAREO	21.14	40	5
		PNE: PERC. EPISIOTOMIE IN PARTI VAGINALI	1.36	5	20
		PNE: PERC. FRATTURE FEMORE ENTRO 48 ORE	85.71	70	30
		PNE: PERC. RIAMMISSIONI ENTRO 30 GG PER INTERVENTO DI PROTESI DI ANCA	.26	3	9
		PNE: PERC. RIAMMISSIONI ENTRO 30 GG PER INTERVENTO DI PROTESI DI GINOCCHIO	.74	3	9
		MES: PERC. INTERVENTI RIPARAZIONE VALVOLA MITRALE	71.84	70	40
		MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	99.33	95	65
		PNE: PERC. NUOVI INTERVENTI RESEZIONE ENTRO 120 GG DA INTERVENTO CHIR. CONSERVATIVO PER TUMORE MALIGNO MAMMELLA	3.11	5	18
		MES: PERC. INTERVENTI PROGRAMMATI AL COLON IN LAPAROSCOPICA	82.94	60	15
		PNE: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST OPERATORIA <3 GG	88.78	80	50
		MES: PERC. PZ CON TUMORE COLON SOTTOPOSTI A REINTERVENTO ENTRO 30 GG	1.18	1.04	8,1
		MES: PERC. PZ CON TUMORE RETTO SOTTOPOSTI A REINTERVENTO ENTRO 30 GG	3.45	.6	5,64
		PNE: PERC. INTERVENTI PER TUMORE INVASIVO MAMMELLA CON RICOSTRUZIONE / TOT. INTERVENTI DEMOLITIVI	85	70	
		MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	86.69	75	15
		MES: PERC. ABBANDONI DAL PS	5.57	1.25	5
		MES: PERC. PZ DIMESSI A DOMICILIO CON PERMANENZA IN PS < 8 ORE	85.67	95	80
		MES: PERC. ACCESSI RIPETUTI IN PS ENTRO 72 ORE	4.1	5.3	13

ESITO DELLE CURE

OB STRATEGICO	OB OPERATIVO	INDICATORE	VALORE 2025	VALORE ATTESO 2026	VMA
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL PNE: CARDIOLOGIA	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	1.56	1	3
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	2.64	6	18
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	2.45	1.5	4
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	2.31	1.5	4
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIOCARDICO ACUTO	6.16	6	14

RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL PNE: CHIR. ONCOLOGICA	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	7.65	8	16
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	5.26	2	10
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	3.36	1	8
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	.27	.5	3
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	0	1	8
RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL PNE: NERVOSO	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER TUMORI CEREBRALI	1.76	1.5	5
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER ICTUS ISCHEMICO	8.52	8	16
RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL PNE: OSTEOMUSCOLARE	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	3.21	3	11
RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL PNE: RESPIRATORIO	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	5.21	5	16
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	4	9	16
	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	5.04	5	16

EFFICIENZA ASSISTENZIALE

OB STRATEGICO	OB OPERATIVO	INDICATORE	VALORE 2025	VALORE ATTESO 2026	VMA
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	0,24	-0,75	0,75
		MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	0,01	-0,75	0,75
	DISPONIBILITA' POSTI LETTO PER PS	N. POSTI LETTO MEDI GIORNALIERI DA DEDICARE AL PS DAL LUNEDI AL SABATO	differenziato per struttura	differenziato per struttura	0
		N. POSTI LETTO MEDI GIORNALIERI DA DEDICARE AL PS DOMENICA	differenziato per struttura	differenziato per struttura	0
	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	46.5	100	0
	MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA CONSULENZE PER PZ RICOVERATI	PERC. CONSULENZE EFFETTUATE ENTRO LE ORE 24	86.2	80	50

DIGITALIZZAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

OB STRATEGICO	OB OPERATIVO	INDICATORE	VALORE 2025	VALORE ATTESO 2026	VMA
DIGITALIZZAZIONE	DIGITALIZZAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA	PERC. CARTELLE CLINICHE ARCHIMED FIRMATE DIGITALMENTE/ TOT. CARTELLE	83.72	100	80
		PERC. REFERTI AMBULATORIALI FIRMATI DIGITALMENTE/ TOT. REFERTI AMB.	82.57	100	80
		PERC. LETTERE DIMISSIONE OSPEDALIERA FIRMATE DIGITALMENTE/ TOT. LDO		100	80

APPROPRIATEZZA DEL CONSUMO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

OB STRATEGICO	OB OPERATIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO 2026
	INCREMENTO FARMACO BIOSIMILARE/ EQUIVALENTE	N. UP FARMACI ANTI TNF ALFA A BREVETTO SCADUTO/ N. UP FARMACI ANTI TNF ALFA TOTALI	>95%
		% PZ IN TRATTAMENTO CON ECUZUMAB BIOSIMILARE/ TOT PZ IN TRATTAMENTO CON ECUZUMAB	>98%
		UP USTEKINUMAB BIOSIMILARE/ UP USTEKINUMAB BIOSIMILARE + ORIGINATOR NELLE INDICAZIONI A BREVETTO SCADUTO	>95%
		PERC. UP OMOLIZUMAB BIOSIMILARE/ TOT. OMALIZUMAB (BIOSIMILARE + ORIGINATOR) NELLE INDICAZIONI A BREVETTO SCADUTO	>95%
		PERC. PZ NAIVE TRATTATI CON ANTI TNF ALFA DI PRIMA LINEA/ TOT. PZ NAIVE TRATTATI CON FARMACI BIOLOGICI AREA GASTROENTEROLOGICA	>60%
		COSTO MEDIO UP ETANERCEPT	<50.5
		COSTO MEDIO UP ADALIMUMAB	<34.2
		COSTO MEDIO UP INFlixIMAB ENDOVENA	<=56
	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI	N. PZ CON EROGAZIONE FARMACI IN DIMISSIONE IN REPARTO/ TOT. PZ DIMESSI CON TERAPIA	>50%
		PERC. PZ CON HIV-1 IN STRATO 2/ TOT. PZ CON HIV-1	>45%
		% UP FARMACI CONTENENTI EZETIMIBE IN ASSOCIAZIONE STATINA (rosuvastatina o atorvastatina)/ TOT UP FARMACI IN ASSOCIAZIONE STATINA EZETIMIBE	>95%

		% UP INIBITORI DPP4 A BREVETTO SCADUTO (vildagliptin e sitagliptin soli o in associazione) / TOT UP DEI DPP4	>60%
		% DDD GLIFOZINE (SGLT2) /TOTALE DDD SGLT2 + ANALOGHI DEL GLP1	>50%
		PZ NAIVE ARRUOLATI CON NAO/DOAC DABIGATRAN E RIVAROXABAN/ TOT PZ NAIVE ARRUOLATI AL TRATTAMENTO CON NAO/DOAC	>70%
		PERC. DDD ISAVUCONAZOLO ORALE/ TOT DDD ISOVUCONAZOLO (ORALE + ENDOVENA)	>60%
		PERC. PZ NAIVE TRATTATI CON FARMACI ORALI A BREVETTO SCADUTO PER CARCINOMA PROSTATICO/ TOT . PZ NAIVE TRATTATI CON FARMACI ORALI PER STESSO SETTING	>75%
	APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI IMMUNOREUMATOLOGICI	PERC. PZ NAIVE TRATTATI CON ANTI TNF ALFA DI PRIMA LINEA/ TOT . PZ NAIVE TRATTATI CON FARMACI BIOLOGICI AREA IMMUNODERMAREUMATOLOGICA	>60%
	APPROPRIATEZZA CONSUMO IMMUNOLOGLOBULINA NORMALE ENDOVENOSA	IMMUNOLOGLOBULINE ENDOVENA (GRAMMI) INSERITE NEL GESTIONALE ARIANNA- CUP ONIT/TOT. IMMUNOLOGLOBULINE ENDOVENA EROGATE (GRAMMI)	>95%
	ELIMINAZIONE CONSUMO FARMACI SOMMINISTRATI OFF LABEL (fuori lista L.648, uso compassionevole, fondo aifa 5%)	PERC. RICHIESTE FARMACI OFF LABEL	<1.5%
	CORRETTA RICHIESTA CONSUMO FARMACI OFF LABEL SECONDO ACCESSO AL FONDO 5% O LEGGE 648	PERC. N. RICHIESTE OFF LABEL SECONDO PERCORSO OFF LABEL (FONDO AIFA 5% O LEGGE 648) / TOT. RICHIESTE OFF LABEL	>99%
	CORRETTO INSERIMENTO FARMACI NEL REGISTRO AIFA	PERC. RICHIESTE FARMACO CORRETTAMENTE INSERITE NEL REGISTRO AIFA/ TOT. N. FIALE INTRAVITREALI CONSEGNATE AL REPARTO	100%
		PERC. PZ CORRETTAMENTE INSERITI NEL REGISTRO E CON SCHEDE AIFA MEA CHIUSE/ TOT. PZ CON PRESCRIZIONI FARMACI A MONITORAGGIO AIFA	100%
	CORRETTO INSERIMENTO FARMACI NEL REGISTRO PTWEB	PERC. PZ CON SCHEDA MULTIFARMACO CORRETTAMENTE COMPILATA IN PTWEB PER FARMACI SCLEROSI MULTIPLA IN AMBITO OSPEDALIERO/ TOT. PZ CON SCLEROSI MULTIPLA TRATTATI CON FARMACI AD USO ESCLUSIVO OSPEDALIERO	100%
	UTILIZZO FARMACO EMICRANIA A MINOR COSTO IN AMBITO TERRITORIALE	PERC. FARMACI PER EMICRANIA A MINOR COSTO IN AMBITO TERRITORIALE/ TOT FARMACI PER EMICRANIA	>70%
SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVOVIGILANZA	FARMACOVIGILANZA	N. SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA	differenziato per struttura
	DISPOSITIVOVIGILANZA	N. SEGNALAZIONI DISPOSITIVOVIGILANZA	differenziato per struttura
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	CONTENIMENTO RICHIESTE DISPOSITIVI NON DELIBERATI ESTAR	PERC. RICHIESTE DISPOSITIVI NON AGGIUDICATI ESTAR/ TOT. RICHIESTE	0%
	RISPETTO AGGIUDICAZIONI DISPOSITIVI MEDICI	PERC. RISPETTO % DI GARA PER DM/ TOT. RICHIESTE	>90%
	REVISIONE STANDARD WORK SALA OPERATORIA	VALUTAZIONE PERC. AGGIORNAMENTO STANDARD WORK SALA	100
	APPROPRIATEZZA UTILIZZO DISPOSITIVI MEDICI	SCOST. PERC. SPESA DISPOSITIVI MEDICI	-5%
		SCOST. PERC. SPESA PER GUIDE, CATETERI, INTRODUTTORI	-5%
		COSTO MEDIO SISTEMI DI FISSAZIONE ESTERNA	-5%
		SCOST. PERC. COSTO MEDIO IMPIANTO CHIODO FEMORALE PROSSIMALE	-5%
		SCOST. PERC. SPESA SONDE E KIT GASTROINTESTINALI	-5%
		SCOST. PERC. SPESA DISPOSITIVI PER DIALISI	-5%

CONTROLLO DELLE INFEZIONI

OB STRATEGICO	OB OPERATIVO	INDICATORE	VALORE 2025	VALORE ATTESO 2026	VMA
CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ANTIBIOTICI	SCOST. PERC. DDD ANTIBIOTICI TERRITORIALI (DIMISSIONE E AMBULATORIO)	-20	-10	0
	REALIZZAZIONE AZIONI DI PREVENZIONE INFEZIONI	VALUTAZIONE PERC. ADOZIONE MISURE PER PREVENZIONE INFEZIONI		100	0

QUALITA' DEI SERVIZI

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE 2025	VALORE ATTESO 2026	VMA
QUALITA' PERCEPITA	ADESIONE INDAGINE PREMs SU RICOVERO ORDINARIO	TASSO DI RISPOSTA INDAGINE PREMS	29,8	> 25 %	
	VALUTAZIONE PAZIENTI DELL'ESPERIENZA DI OSPEDALIZZAZIONE	PERC. INDICATORI CON VALUTAZIONE BUONA-OTTIMA QUESTIONARIO PREMS / TOT INDICATORI	87	= 100 %	0
	VALUTAZIONI DIPENDENTI/ DIREZIONE DEL SUPPORTO DELLE STRUTTURE CENTRALI	PERC. INDICATORI CON VALUTAZIONE BUONA- OTTIMA QUESTIONARIO TECNOSTRUTTURE / TOT INDICATORI		= 100 %	0

 Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi	Rete referenti per l'anticorruzione e la trasparenza 2026 - 2028	 SST Servizio Sanitario della Toscana
---	---	--

Allegato B1

20 gennaio 2026

Nella definizione della politica aziendale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza il RPCT è supportato dal Gruppo strategico, composto da:

RPCT, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario o loro delegati, Direttori di Staff della Direzione Aziendale, Area Amministrativa, Area Innovazione e controllo, Area Relazioni di lavoro e comunicazione, Dipartimento Professioni Infermieristiche e Ostetriche e Dipartimento Professioni Tecnico Sanitarie e della Riabilitazione.

Nella programmazione, applicazione e monitoraggio della politica aziendale di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza il RPCT è supportato dai “Referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza”.

Ogni Referente è responsabile per l'area e lo specifico profilo di afferenza. Il RPCT si interfaccia direttamente con il Dirigente laddove non sono previsti Referenti. Il progressivo aggiornamento dell'elenco dei componenti la Rete e degli altri soggetti/incarichi riportati nello schema sottostante, avverrà mediante pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione “Amministrazione Trasparente” /Altri contenuti/Corruzione.

Ambito	Struttura/Ufficio	Direttore/Responsabile	Referente
Direzione Aziendale	UO Affari Legali	Enrichetta Brandi	Alessandra Pieroni
	UO Servizio di Prevenzione e Protezione	Fabrizio Dori	
Direttore Amministrativo	UO Programmazione e monitoraggio investimenti	Nicola Berti	Barbara Dei
Staff Direzione aziendale	UO Laboratorio studio e ricerca - CGRC	Francesco Venneri	Giulia Dagliana
Staff Direzione aziendale	UO Clinica delle organizzazioni - CRCR	Laura Belloni	Matteo Galanti
Area Relazioni di Lavoro e Comunicazione	UO Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali	Gabriele Marconcini	Formazione: Giulio Toccafondi Politiche del personale: Riccardo Ceroti
Area Relazioni di Lavoro e Comunicazione	UO Comunicazione	Maria Antonietta Cruciatà	Maria Angela Gambogi
Area Relazioni di Lavoro e Comunicazione	UO Gestione Attività Libero Professionale	Gabriele Marconcini f.f.	Giada Zanieri
Area Innovazione e controllo	UO Sviluppo e Gestione Tecnologie Innovative	Paolo Campigli	Stefano Vezzosi
Area Innovazione e controllo	UO Innovazione Tecnologica nelle Attività Clinico Assistenziali	Stefano Vezzosi	
Area Innovazione e controllo	UO Informatizzazione Processi Sanitari	Bassam Dannaoui	
Area Innovazione e controllo	UO Investimenti tecnologici	Stefano Vezzosi f.f.	
Area Innovazione e controllo	UO Controllo Direzionale	Barbara Tonietti	
Area Amministrativa	UO Gestione del Personale	Tito Berti	Simona Barbieri
Area Amministrativa	UO Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
Area Amministrativa	UO Contabilità Generale e Finanza	Silvia Carradori	Igor Pasqualetti
Area Amministrativa	UO Attività Amministrativa a supporto delle attività sanitarie	Paola Marzuoli	
Area Amministrativa	U.O. Controlli Interni Integrati, Gestione Sinistri e Rapporti Assicurativi	Paola Marzuoli f.f.	Chiara Olivieri
Area Amministrativa	UO Servizi esternalizzati	Eleonora Rossi	Emanuele Peruzzi
Area Amministrativa	UO Patrimonio e gare a gestione aziendale		
Area Tecnica	UO Mobilità e sicurezza di sito ospedaliero	Giuseppe Gaddi	Filippo Semboloni
Area Tecnica	UO Progettazione e Realizzazioni	Maria Giuliana Bonavini	
Area Tecnica	UO Energia e Manutenzioni Ordinarie	Nicola Berti f.f.	
Area Tecnica	UO Gestione Immobili e Adeguamenti Di Sicurezza	Renato Cinque	
Area Management Attività Sanitarie	UO Direzione Operativa	Natalia Lombardi	
Area Management Attività Sanitarie	UO Monitoraggio performance sanitarie	Maddalena Grazzini	
Area Management Attività Sanitarie	UO Governo dei percorsi ambulatoriali	Matteo Tomaiuolo	
Area Management Attività Sanitarie	UO Integrazione e innovazione dei processi sanitari	Chiara Neri	
Area Igiene e organizzazione ospedaliera	UO Igiene e organizzazione ospedaliera	Fabrizio Niccolini	Giusi Piccinno
Area Igiene e organizzazione ospedaliera	UO Medicina del Lavoro	Nicola Mucci	

Area Igiene e organizzazione ospedaliera	UO Fisica sanitaria	Giacomo Belli	
Area Igiene e organizzazione ospedaliera	UO Accreditamento, Qualità e Risk Management	Filomena Autieri	
Area Igiene e organizzazione ospedaliera	UO Criteri autorizzativi e supporto gestione servizi ospedalieri	Graziella Franchi	
Area Igiene e organizzazione ospedaliera	UO Centro regionale allocazione organi e tessuti CRAOT	Chiara Lazzeri	
Area Igiene e organizzazione ospedaliera	UO Tossicologia Forense	Guido Mannaioni f.f.	
Area Igiene e organizzazione ospedaliera	UO Psichiatria Forense e criminologia clinica	Stefania Forconi	
Area Igiene e organizzazione ospedaliera	UO Medicina Legale	Martina Focardi f.f.	
Area Supporto alla Ricerca	UO Supporto Amministrativo alla Ricerca	Elisabetta Vannacci	
Area Politiche del farmaco e dei Dispositivi	UO Farmacia Ospedaliera	Michele Cecchi	
Area Politiche del farmaco e dei Dispositivi	UO Farmacologia	Raffaele Coppini	
Dipartimento Professioni Infermieristiche e Ostetriche	Programmazione, Governo e Monitoraggio processi di assistenza Infermieristica e Ostetrica	Angela Brandi	Cristiana Casentini
Dipartimento Professioni Infermieristiche e Ostetriche	UO Servizi Integrati di Padiglione e Logistica Sanitaria	Giovanni Becattini f.f.	
Dipartimento Professioni Tecnico Sanitarie e della Riabilitazione	UO Programmazione governo e monitoraggio processi tecnico sanitari e della riabilitazione	Renzo Ricci	Yannick Wandael
Dipartimento ad Attività Integrata	Direttore/responsabile	Responsabili Amministrativi di Dipartimento - Referenti	Responsabili Sanitari di Dipartimento (RSD)
Cardioracovascolare	Luca Voltolini	Silvia Giovannini	Francesca Lofiego
Emergenza Urgenza	Carlo Nozzoli	Claudio Carpinì	Vega Ceccherini
Servizi Diagnostici	Vittorio Miele	Cristina Poggiali	Diana Paolini
Materno Infantile	Felice Petraglia	Franca Fontani	Luca Pieri
Muscoloscheletrico e riabilitativo	Domenico Andrea Campanacci	Irene Picchioni	Vega Ceccherini
Neuroscienze e organi di senso	Antonello Grippo	Irene Picchioni	Maria Cristiana Ricci
Oncologico	Alessandro Maria Vannucchi	Elisabetta Torrigiani	Francesca Pieralli
Anestesia e Rianimazione	Stefano Romagnoli	Andrea Bondini	Alessandra Ninci
Specialistiche Mediche e Geriatriche	Carlo Nozzoli f.f.	Daniela Marcucci	Paola D'Onofrio

Altri incarichi aziendali:

- Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza e “Gestore” per l’anticiclaggio e contro il finanziamento del terrorismo: Paola Marzuoli, Direttore UO Attività Amministrativa a supporto delle attività sanitarie nonché Direttore *ad interim* UO Controlli Interni Integrati, Gestione Sinistri e Rapporti Assicurativi;
- Referente aziendale protezione dati (RPD) Paolo Tagliaferri;
- Responsabile dell’anagrafe per la stazione appaltante (RASA) Michele Bachechi, Direttore UO Patrimonio e gare a gestione aziendale.
- **Riferimenti per rapporti con altri organi/organismi aziendali:**
- Segreteria Servizio Ispettivo Claudia Muscolino;
- Segreteria UPD Serena Fabbiani;
- Segreteria Collegio Sindacale Chiara Ulivieri;
- Segreteria Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) Federica Retico.

ALLEGATO B-2 CATALOGO DEI PROCESSI

PIAO 2026 – 2028		Anticorruzione e Trasparenza			ALLEGATO _B_ 2
CATALOGO DEI PROCESSI SENSIBILI ai fini della prevenzione della corruzione					
Il contenuto della colonna "Rischio" indica la priorità con cui saranno effettuate le mappature					
Aree	Macroprocessi	Processi	Sottoprocessi	Rischio	
SUPPORTO	Formazione	Collaborazioni istituzionali in convenzione	Accordi per l'offerta di collaborazioni e training / eventi formativi in favore di enti e soggetti pubblici e privati richiedenti (convenzioni attive)	BASSO	
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Formazione	Conferimento incarichi docenza a esperti esterni	MEDIO	
SUPPORTO	Gestione amm.va e contabile	Gestione contabile	Gestione finanziamenti finalizzati	MEDIO	
SUPPORTO	Sviluppo aziendale	Collaborazioni istituzionali in convenzione	Convenzioni e accordi per collaborazioni istituzionali e acquisizione di competenze (convenzioni passive)	MEDIO	
SUPPORTO	Programmazione e controllidirezionali	Gestione performance organizzativa	Valutazione finale delle performance	MEDIO	
SUPPORTO	Relazioni con il pubblico, comunicazione e informazione	Pubblica tutela e partecipazione pubblica	Processi di pubblica tutela	BASSO	
SUPPORTO	Relazioni con il pubblico, comunicazione e informazione	Pubblica tutela e partecipazione pubblica	Processi di Partecipazione Pubblica (L.R. 75/2017)	MEDIO	
PRINCIPALE	Prestazioni sanitarie in regime LP	Organizzazione ed erogazione Attività sanitaria libero-professionale intramoenia	Gestione ed Erogazione Attività sanitaria LP in AOUC	MEDIO	
SUPPORTO	Sviluppo aziendale	Implementazione nuove attività e progetti speciali	Analisi e controllo dei costi dei fattori produttivi e delle attività da implementare	BASSO	
SUPPORTO	Etica, qualità e sicurezza	Gestione segnalazioni (Whistleblowing)	Gestione delle segnalazioni di condotte illecite	BASSO	
SUPPORTO	Etica, qualità e sicurezza	Autorizzazione, Accreditamento, Qualità	Autorizzazione, accreditamento e certificazione delle attività sanitarie aziendali	BASSO	
SUPPORTO	Etica, qualità e sicurezza	Autorizzazione, Accreditamento, Qualità	Gestione documentazione aziendale di Qualità / Manuale di Qualità Aziendale	BASSO	
PRINCIPALE	Prestazioni sanitarie in regime istituzionale	Prenotazioni e liste di attesa	Programmazione e monitoraggio attività ambulatoriale	MEDIO	
SUPPORTO	Gestione amministrativa e contabile	Gestione documenti e dati amministrativi e sanitari	Rilascio di copia della documentazione sanitaria	BASSO	
SUPPORTO	Sviluppo aziendale	Implementazione nuove attività e progetti speciali	Accettazione donazioni	MEDIO	



ALLEGATO B-2 CATALOGO DEI PROCESSI

SUPPORTO	Gestione amministrativa e contabile	Gestione sinistri	Gestione dei sinistri in modo diretto	ALTO
SUPPORTO	Gestione amministrativa e contabile	Assistenza legale	Gestione delle cause	ALTO
SUPPORTO	Gestione amministrativa e contabile	Assistenza legale	Assistenza stragiudiziale nella negoziazione assistita e nella mediazione obbligatoria	ALTO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Progressioni di carriera	Assegnazione e mobilità interna del personale	MEDIO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Reclutamento	Conferimento di borse di studio e incarichi professionali di diritto privato per collaborazione esterne	MEDIO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Reclutamento	Costituzione di rapporti di lavoro subordinati (escluse procedure ESTAR)	MEDIO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Gestione della documentazione e dei fascicoli e registri inerenti il rapporto di lavoro	BASSO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Autorizzazioni e concessioni istituti normativi e contrattuali vari (trasferte e missioni; diritto allo studio; permessi retribuiti, permessi brevi; aspettative e congedi; utilizzo mezzo proprio; istituti previsti per il rischio radiologico...)	BASSO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Autorizzazione attività extra istituzionali (art. 53 D. lgs. 165/01 s.m.i.)	MEDIO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Ciclo Paghe e gestione voci variabili e accessorie personale SSN e assimilati	BASSO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Ciclo Paghe e gestione voci variabili e accessorie personale Universitario e convenzionato assimilato	BASSO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Gestione procedurale degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali	BASSO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Comandi e assegnazioni temporanee (in uscita, in entrata, mobilità)	MEDIO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Procedimenti relativi al trattamento di quiescenza e di fine rapporto del personale (SSN, Universitario convenzionato e assimilato)	BASSO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Procedure di Cessione del Quinto e concessione piccoli prestiti	BASSO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Conferimento e rinnovo incarichi dirigenziali, gestionali, professionali, di coordinamento e di settore	MEDIO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Procedimenti disciplinari	BASSO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Rimborsi spese al personale	BASSO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Valutazione degli incarichi (dirigenza e comparto)	ALTO



ALLEGATO B-2 CATALOGO DEI PROCESSI

SUPPORTO	Lavori pubblici (lavori, servizi e forniture)	Aggiudicazione lavori pubblici	Redazione del capitolato	BASSO
SUPPORTO	Lavori pubblici (lavori, servizi e forniture)	Aggiudicazione lavori pubblici	Svolgimento procedura per l'affidamento lavori pubblici	ALTO
SUPPORTO	Lavori pubblici (lavori, servizi e forniture)	Aggiudicazione lavori pubblici	Affidamenti diretti - affidamenti in economia (lavori pubblici)	BASSO
SUPPORTO	Lavori pubblici (lavori, servizi e forniture)	Esecuzione del contratto lavori pubblici	Varianti in corso di esecuzione del contratto di lavori pubblici	BASSO
SUPPORTO	Lavori pubblici (lavori, servizi e forniture)	Subappalto lavori pubblici	Subappalto lavori pubblici	ALTO
SUPPORTO	Lavori pubblici (lavori, servizi e forniture)	Esecuzione contratto lavori pubblici	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali nella fase di esecuzione del contratto di lavori pubblici	ALTO
SUPPORTO	Lavori pubblici (lavori, servizi e forniture)	Progettazione lavori pubblici	Affidamento incarichi professionali esterni: progettazione, direzione lavori, sicurezza, collaudo, altri incarichi di natura tecnica	ALTO
SUPPORTO	Lavori pubblici (lavori, servizi e forniture)	Progettazione lavori pubblici	Validazione progetti	BASSO
SUPPORTO	Lavori pubblici (lavori, servizi e forniture)	Esecuzione contratto lavori pubblici	Gestione e controllo della fase esecutiva dei contratti di lavori pubblici	ALTO
SUPPORTO	Lavori pubblici (lavori, servizi e forniture)	Progettazione lavori pubblici	Incentivazione art. 113 D. lgs. 50/2016	ALTO
SUPPORTO	Lavori pubblici (lavori, servizi e forniture)	Progettazione lavori pubblici	Validazione progetti	BASSO
PRINCIPALE	Ricerca	Studi e sperimentazioni cliniche	Sperimentazioni cliniche e Studi clinici non profit	MEDIO
SUPPORTO	Gestione amministrativa e contabile	Gestione contabile	Registrazioni di bilancio	BASSO
SUPPORTO	Programmazione e controlli direzionali	Predisposizione bilanci	Predisposizione bilanci di previsione e di esercizio	BASSO
SUPPORTO	Gestione amministrativa e contabile	Gestione contabile	Gestione e monitoraggio Flussi Finanziari, Anticipazione di Cassa; rapporti con istituto tesoriere; rapporti con Banca d'Italia	BASSO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Servizio Ispettivo Aziendale	MEDIO
SUPPORTO	Programmazione e controlli direzionali	Gestione performance organizzativa	Negoziare obiettivi di budget e monitoraggio	BASSO
SUPPORTO	Programmazione e controlli direzionali	Predisposizione bilanci	Predisposizione CE periodici e monitoraggio	BASSO

ALLEGATO B-2 CATALOGO DEI PROCESSI

SUPPORTO	Prestazioni sanitarie in regime istituzionale	Donazione organi e tessuti	Donazione, espianto, allocazione e/o trapianto organi e tessuti	BASSO
SUPPORTO	Prestazioni sanitarie in regime istituzionale	Prenotazioni e liste di attesa	Programmazione e monitoraggio attività di ricovero, elettivo e urgente, e attività chirurgica ambulatoriale	ALTO
SUPPORTO	Prestazioni sanitarie in regime istituzionale	Attività correlate al decesso in ospedale	Gestione della salma	MEDIO

SUPPORTO	Prestazioni sanitarie in regime istituzionale	Informazione medico scientifica	Autorizzazione dell'informazione medico scientifica	MEDIO
SUPPORTO	Farmaceutica	Gestione farmaci	Prescrizione del farmaco in ambito ospedaliero e territoriale	MEDIO
SUPPORTO	Farmaceutica	Gestione farmaci	Farmacovigilanza: raccolta e gestione delle segnalazioni di reazioni avverse	BASSO
SUPPORTO	Farmaceutica	Gestione farmaci	Gestione dei farmaci in fascia CNN, off label e non in PTO (Prontuario Terapeutico Ospedaliero)	BASSO
SUPPORTO	Farmaceutica	Gestione dispositivi medici	Gestione interna dei dispositivi medici non aggiudicatari di gara ESTAR	BASSO
SUPPORTO	Farmaceutica	Gestione dispositivi medici	Gestione delle richieste di nuovi dispositivi medici non contrattualizzati	BASSO
SUPPORTO	Farmaceutica	Gestione dispositivi medici	Dispositivo-vigilanza: raccolta e gestione delle segnalazioni di incidenti	BASSO
PRINCIPALE	Prestazioni sanitarie in regime LP	Organizzazione ed erogazione Attività sanitaria libero-professionale	"Gestione ed erogazione Attività sanitaria LP in studi di rete (fuori AOUC)"	MEDIO
SUPPORTO	Sviluppo aziendale	Ricerca e sperimentazioni	Supporto amministrativo alla presentazione, monitoraggio e rendicontazione di progetti di ricerca scientifica	MEDIO
SUPPORTO	Sviluppo aziendale	Implementazione nuove attività e progetti speciali	Ricerca di sponsorizzazioni esterne per collaborazioni e finanziamenti di progetti aziendali	ALTO
SUPPORTO	Gestione amministrativa e contabile	Gestione contabile	Liquidazione dei compensi per attività aggiuntiva (con oneri a carico aziendale o di soggetti terzi) - Personale SSN e Universitario	MEDIO
SUPPORTO	Gestione amministrativa e contabile	Gestione contabile	Gestione economica attività LP intramuraria	BASSO
PRINCIPALE	Prestazioni sanitarie in regime istituzionale	Registrazione attività sanitarie	Registri attività sanitarie	MEDIO
PRINCIPALE	Prestazioni sanitarie in regime istituzionale	Donazione organi e tessuti	Autorizzazione esportazione campioni di sangue da cordone ombelicale per uso autologo (accordo Conferenza Stato-Regioni 29.4.2010)	BASSO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Formazione	Attività degli Specialisti di prodotto nelle strutture dell'AOUC	BASSO
SUPPORTO	Forniture di beni e servizi	Esecuzione contratto esecutivo di fornitura	Gestione Rifiuti	ALTO

ALLEGATO B-2 CATALOGO DEI PROCESSI

SUPPORTO	Gestione amministrativa e contabile	Gestione patrimoniale	Gestione 'Fuori uso'	BASSO
SUPPORTO	Gestione amministrativa e contabile	Gestione patrimoniale	Inserimento in convenzione di apparecchiature universitarie utilizzate in attività assistenziali	MEDIO
SUPPORTO	Gestione amministrativa e contabile	Gestione patrimoniale	Inserimento e utilizzo di beni in visione o prova	MEDIO

SUPPORTO	Etica, Qualità e Sicurezza	Sorveglianza sanitaria dei lavoratori	Gestione degli infortuni biologici, obblighi medico-legali, follow up	MEDIO
SUPPORTO	Etica, Qualità e Sicurezza	Sorveglianza sanitaria dei lavoratori	Accertamenti sanitari ex D.lgs. 81/2008 e D.lgs. 230/1995 – dipendenti esterni – ditte in convenzione	MEDIO
SUPPORTO	Etica, Qualità e Sicurezza	Sorveglianza sanitaria dei lavoratori	Accertamenti sanitari ex D.lgs. 81/2008 e D.lgs. 230/1995 – dipendenti AOUCo assimilati, formulazione e gestione dei giudizi di idoneità alla mansione e dei piani di lavoro	MEDIO
SUPPORTO	Gestione amministrativa e contabile	Gestione contabile	Gestione Cassa Economale	BASSO
SUPPORTO	Forniture di beni e servizi	Attivazione contratto di fornitura	Affidamenti diretti	MEDIO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Processi di mobilità interna	MEDIO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Progressioni di carriera	Progressioni orizzontali di carriera (attribuzione fasce economiche)	BASSO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione, amministrazione e sviluppo risorse umane	Sistema di valutazione della performance e valutazione performance individuale	MEDIO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione relazioni sindacali	Gestione Contrattazione Integrativa Aziendale	MEDIO
SUPPORTO	Gestione risorse umane	Gestione relazioni sindacali	Gestione fondi contrattuali	MEDIO
SUPPORTO	Forniture di beni e servizi	Attivazione contratto di fornitura	Definizione fabbisogno per adesione a gara ESTAR-Stipula contratti esecutivi	MEDIO
SUPPORTO	Forniture di beni e servizi	Esecuzione contratto esecutivo di fornitura	Piano dettagliato di intervento	MEDIO
PRINCIPALE	Forniture di beni e servizi	Esecuzione contratto esecutivo di fornitura	Varianti in corso di esecuzione del contratto di fornitura	MEDIO
PRINCIPALE	Forniture di beni e servizi	Esecuzione contratto esecutivo di fornitura	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	MEDIO
SUPPORTO	Forniture di beni e servizi	Esecuzione contratto esecutivo di fornitura	Gestione e controllo della fase esecutiva dei contratti di fornitura	ALTO
SUPPORTO	Forniture di beni e servizi	Subappalti contratti di fornitura	Subappalti contratti di fornitura	ALTO

CATALOGO DEI RISCHI POTENZIALI DI ILLEGALITA' / CATTIVA AMMINISTRAZIONE NEI PROCESSI GESTIONALI, AMMINISTRATIVI E DI SUPPORTO,

Individuazione di 3 "famiglie di rischio" :

- rischi di *illegalità*
- rischi *contabili – patrimoniali*
- rischi *operativi*

al cui interno sono individuati "eventi di rischio" (manifestazioni concrete „situazioni di rischio" più specifiche, definibili quali evento di rischio trasversale a tutte le fasi del processo, effetto finale di un potenziale comportamento illecito).

Famiglia di rischio	Evento di rischio potenziale
ILLEGALITA'	Favoritismo, parzialità
ILLEGALITA'	Inadempimento, violazioni, opacità
CONTABILE / PATRIMONIALE	Spese impreviste o non programmate, costi aggiuntivi, diseconomie
CONTABILE / PATRIMONIALE	Mancati introiti, mancata valorizzazione economica risorse
CONTABILE / PATRIMONIALE	Mancato recupero di somme dovute / crediti
CONTABILE / PATRIMONIALE	Mancata o errata valorizzazione dei fondi per rischi e oneri
CONTABILE / PATRIMONIALE	Mancato recupero di somme dovute / crediti
CONTABILE / PATRIMONIALE	Scritture contabili o di Bilancio non riscontrabili, non affidabili
CONTABILE / PATRIMONIALE	Danno / deterioramento del patrimonio materiale o immateriale
CONTABILE / PATRIMONIALE	Pagamento di sanzioni
OPERATIVO	Mancato conseguimento funzioni istituzionali
OPERATIVO	Errori nella comunicazione e danno di immagine
OPERATIVO	Insufficiente quantità, qualità e sviluppo delle risorse umane
OPERATIVO	Mancato conseguimento obiettivi istituzionali, performance insufficiente
OPERATIVO	Ritardi o omissioni nelle attività di supporto alle strutture di line
OPERATIVO	Inaffidabilità / incompletezza dei flussi di dati
OPERATIVO	Ritardato avvio di lavori necessari o ritardata acquisizione di beni o servizi necessari
OPERATIVO	Dispersione, mancata reperibilità di dati o informazioni importanti
OPERATIVO	Insorgere di contenzioso legale a causa dell'insoddisfazione dell'utente

METODOLOGIA DI ANALISI DEL RISCHIO CORRUZIONE

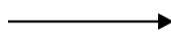
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA CAREGGI

Il concetto di “corruzione” ha un significato più esteso di quello strettamente connesso con le fattispecie di reato disciplinate nel Capo I del codice penale “Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione”.

A prescindere dalla rilevanza penale, esso ricomprende le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, vi sia abuso da parte di un soggetto del potere a lui conferito al fine di ottenere vantaggi privati o vi sia un malfunzionamento dell'azione amministrativa, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

L'analisi del rischio corruttivo richiede che i processi siano mappati prendendo in considerazione gli elementi in ingresso, il risultato atteso, le fasi di sviluppo, la sequenza di azioni che consente di raggiungere il risultato (input, output, fasi e attività).

MAPPATURA DEI PROCESSI



IL PROCESSO

ESEMPI DI ELEMENTI CHIAVE NELLA CORRUZIONE

<u>EVENTO CORRUTTIVO E MODALITA'</u>	<u>FATTORE ABILITANTE INTERNO</u>	<u>FATTORE ABILITANTE ESTERNO</u>	<u>MISURE DI PREVENZIONE</u>
<i>Manifestazione dell'abuso che si intende prevenire Dinamica operativa, condotta funzionale alle realizzazione dell'evento corruttivo</i>	<i>Elemento organizzato e strutturale che aumenta il rischio</i>	<i>Elemento di contesto che aumenta il rischio</i>	<i>Azioni, aspetti e dinamiche procedurali e organizzative che già neutralizzano i possibili eventi. Disposizioni e nuove azioni previste ad hoc per neutralizzare i possibili eventi</i>
Favorire un determinato operatore economico da parte di un commissario colluso	Mancanza di trasparenza	Complessità o scarsa chiarezza della normativa di riferimento	Segregazione di funzioni
	Conflitto di interessi	Situazioni emergenziali	Controlli conflitto di interesse
	Procedure non codificate		Sistemi informatici
	Mancata segregazione di funzioni		Formazione
			Rotazione

SCHEDA DI LAVORO

ATTIVITÀ DA ANALIZZARE: _____

RESPONSABILE: _____

EVENTO CORRUTTIVO E MODALITÀ: _____

Fattori abilitanti	
Fattore abilitante interno	Fattore abilitante esterno
-----	-----
Misure di prevenzione	
Già esistenti _ _ _ _ _	Nuove da adottare _ _ _ _ _

TEMPI DI ATTUAZIONE: _____

PROCESSO _____

EVENTO DA PREVENIRE: _____

ATTIVITA' Da analizzare	MODALITA' Dinamica operativa, condotta funzionale alle realizzazione dell'evento corruttivo	FATTORE ABILITANTE Elemento organizzativo strutturale (interno) o di contesto (esterno) che aumenta il rischio	MISURE GIA' ATTUATE Azioni e dinamiche procedurali che già neutralizzano i possibili eventi	MISURE NUOVE DA ATTUARE Disposizioni ed azioni nuove appositamente previste per neutralizzare possibili eventi	TEMPI DI ATTUAZIONE Scadenza temporale entro cui si prevede verosimilmente di riuscire ad applicare la misura

PIAO 2026 – 2028 ALLEGATO B5 ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E REFERENTI OPERATIVI							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macro famiglie)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Struttura responsabile	Respon- sabile	Riferimento operativo per fornitura dati (obblighi trasparenza)
	Art. 6 del D.L. 80/2021 "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione	Piano integrato attività e organizzazione (PIAO)	Il Piano integrato attività e organizzazione (PIAO) ha l'obiettivo di assorbire, 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.	Annuale	Direzione aziendale	Barbara Tonietti	
	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi riferimenti alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
		Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
		Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n.)	Controllo Direzionale	Barbara Tonietti	Ilaria Carli
	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Gestione del Personale/UPD/ RPCT	Tito Berti	Sara Fabbiani
Organizzazione	Art. 13, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dato di pertinenza di Regione Toscana.	Dato di pertinenza di Regione Toscana.	Dato di pertinenza di Regione Toscana.
	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dato di pertinenza di Regione Toscana.	Dato di pertinenza di Regione Toscana.	Dato di pertinenza di Regione Toscana.
	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo di pubblicazione non pertinente per le Aziende del Servizio Sanitario.	Obbligo di pubblicazione non pertinente per le Aziende del Servizio Sanitario.	Obbligo di pubblicazione non pertinente per le Aziende del Servizio Sanitario.
		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Obbligo di pubblicazione non pertinente per le Aziende del Servizio Sanitario.	Obbligo di pubblicazione non pertinente per le Aziende del Servizio Sanitario.	Obbligo di pubblicazione non pertinente per le Aziende del Servizio Sanitario.
	Art. 13, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n.)	Affari Generali	Enrico Masotti	Paolo Tagliaferri

	Art. 13, c. 1, lett. c) d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Paolo Tagliaferri
	Art. 13, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013	organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Paolo Tagliaferri
	Art. 13, c. 1, lett. d) d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Comunicazione Tutte le strutture aziendali che gestiscono servizi di interfaccia con il cittadino e/o seguono i procedimenti pubblicati nella sezione "attività e procedimenti" per la parte di competenza	Maria Antonietta Cruciani Tutti i Responsabili delle strutture aziendali che gestiscono servizi di interfaccia con il cittadino e/o seguono i procedimenti aziendali pubblicati nella sezione "attività e procedimenti" per la parte di competenza	
Consulenti e collaboratori	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Legali Affari Generali Gestione del Personale Formazione Area Tecnica	Enrichetta Brandi Enrico Masotti Tibi Bert Gabriele Marconini Maria Giuliana Bonaviri	Enrichetta Brandi Paolo Tagliaferri Simona Babini Filippo Sembali
			Per ciascun titolare di incarico:			Enrichetta Brandi Enrico Masotti Tibi Bert Gabriele Marconini Maria Giuliana Bonaviri	Enrichetta Brandi Paolo Tagliaferri Simona Babini Giulio Toccafondi Filippo Sembali
	Art. 15, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 15, c. 1, lett. c) d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 15, c. 1, lett. d) d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo			
Personale		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:				
	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Segreteria di Direzione
	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Segreteria di Direzione
	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Segreteria di Direzione
			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Segreteria di Direzione

Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Segreteria di Direzione
Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Segreteria di Direzione
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata)	NON APPLICABILE N.B.: la pubblicazione dei dati relativi al presente comma è rinviata alle specifiche che saranno emanate con l'entrata in vigore del regolamento, così come previsto dal D.L. n. 162 del 30/12/2019.		
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	NON APPLICABILE N.B.: la pubblicazione dei dati relativi al presente comma è rinviata alle specifiche che saranno emanate con l'entrata in vigore del regolamento, così come previsto dal D.L. n. 162 del 30/12/2019.		
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	NON APPLICABILE N.B.: la pubblicazione dei dati relativi al presente comma è rinviata alle specifiche che saranno emanate con l'entrata in vigore del regolamento, così come previsto dal D.L. n. 162 del 30/12/2019.		
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Segreteria di Direzione
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Segreteria di Direzione
Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Affari Generali	Enrico Masotti	Segreteria di Direzione
	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	Per ciascun titolare di incarico:				
Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Elia Gallo
Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle che distinguano le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Elia Gallo
Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Elia Gallo
		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Elia Gallo
Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Elia Gallo

Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Sara Fabbiani
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una solavolta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla	NON APPLICABILE N.B.: la pubblicazione dei dati relativi al presente comma è rinviata alle specifiche che saranno emanate con l'entrata in vigore del regolamento, così come previsto dal D.L. n. 162 del 30/12/2019.		
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	NON APPLICABILE N.B.: la pubblicazione dei dati relativi al presente comma è rinviata alle specifiche che saranno emanate con l'entrata in vigore del regolamento, così come previsto dal D.L. n. 162 del 30/12/2019.		
Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	NON APPLICABILE N.B.: la pubblicazione dei dati relativi al presente comma è rinviata alle specifiche che saranno emanate con l'entrata in vigore del regolamento, così come previsto dal D.L. n. 162 del 30/12/2019.		
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Eliana Gallo
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Eliana Gallo
Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Gestione del Personale	Tito Berti	Eliana Gallo
Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi	Tempestivo	NON APPLICABILE		
Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Gestione del Personale	Tito Berti	Simona Barbieri
Art. 14, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Gestione del Personale	Tito Berti	Simona Barbieri
Art. 14, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Gestione del Personale	Tito Berti	Eliana Gallo
Art. 14, c. 1, lett. c) d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Gestione del Personale	Tito Berti	Eliana Gallo
		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Gestione del Personale	Tito Berti	Eliana Gallo
Art. 14, c. 1, lett. d) d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Gestione del Personale	Tito Berti	Eliana Gallo
Art. 14, c. 1, lett. e) d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Gestione del Personale	Tito Berti	Eliana Gallo
Art. 14, c. 1, lett. f) d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) (sospeso)	Nessuno	Gestione del Personale	Tito Berti	Eliana Gallo

Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (sospeso)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Gestione del Personale	Tito Berti	Eliana Gallo
Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica (non applicabile)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Sara Fabbiani
Art. 14, c. 1-quinquies., d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Eliana Gallo
Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale - DAL 31 LUGLIO (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Laros Bardazzi
Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Laros Bardazzi
Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Laros Bardazzi
Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Laros Bardazzi
Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Elisabetta Urbini
Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale Formazione	Tito Berti Gabriele Marconcini	Renato Giovagnoli Giulio Toccafondi
Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Politiche del Personale	Gabriele Marconcini	Federica Retico
Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Politiche del Personale	Gabriele Marconcini	Riccardo Ceroti
Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Politiche del Personale	Gabriele Marconcini	Riccardo Ceroti
Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Politiche del Personale	Direzione Amministrativa	Federica Retico

	Art. 10, c. 8, lett. c) d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Politiche del Personale	Direzione Amministrativa	Federica Retico
	Par. 14.2 delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Politiche del Personale	Direzione Amministrativa	Federica Retico
Bandi di concorso	Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione del Personale	Tito Berti	Simona Barbieri
Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Politiche del Personale Controllo direzionale	Gabriele Marconcini Barbara Tonietti	Ilaria Carli Riccardo Ceroti
	Art. 10, c. 8, lett. b) d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Politiche del Personale Controllo direzionale	Gabriele Marconcini Barbara Tonietti	Ilaria Carli Riccardo Ceroti
		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Politiche del Personale Controllo direzionale	Gabriele Marconcini Barbara Tonietti	Ilaria Carli Riccardo Ceroti
	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Politiche del Personale	Gabriele Marconcini	Riccardo Ceroti
			Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Politiche del Personale	Gabriele Marconcini	Riccardo Ceroti
	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Politiche del Personale	Gabriele Marconcini	Riccardo Ceroti
			Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Politiche del Personale	Gabriele Marconcini	Riccardo Ceroti
			Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Politiche del Personale	Gabriele Marconcini	Riccardo Ceroti
	Legge stabilità 2016 (art. 1 co. 522 e 523)		art. 1 legge di stabilità anno 2016, co. 522 e 523 (dati PNE)		Direzione Operativa/Monitoraggio performance sanitarie	Natalia Lombardi	Natalia Lombardi
Enti controllati	Art. 22, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22 c.1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
	Art. 22, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22 c.1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
	Art. 22, c. 1, lett. c) d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22 c.1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
			Per ciascuno degli enti:				

	Art. 22, c. 2 d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
	Art. 20, c. 3 d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità del incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
Attività e procedimenti	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Contabilità generale e finanza	Enrico Masotti Silvia Carradori	Claudia Campolmi Igor Pasqualetti
		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:			Tutte le strutture	Tutti i dirigenti interessati
	Art. 35, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 1, lett. c) d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 1, lett. c) d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 1, lett. e) d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 1, lett. f) d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 1, lett. g) d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 1, lett. h) d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			

	Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio online, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 1, lett. d) d.lgs. n. 33/2013		Per i procedimenti ad istanza di parte:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
	Art. 35, c. 3 d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutti le strutture che producono tali dichiarazioni	Tutti i dirigenti che producono tali dichiarazioni	
Provvedimenti	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico (DG)	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti");	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
	Art. 41 d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti organi indirizzo politico (DG)	accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche. Convenzioni e Protocolli d'intesa	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali Formazione Gestione attività Libero professione	Enrico Masotti Gabriele Marconcini	Claudia Campolmi Giulio Toccafondi Giada Zanieri
	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
Bandi di gara e contratti	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Gestori di fabbisogno	Gestori di fabbisogno	
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	(da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Gestori di fabbisogno	Gestori di fabbisogno	
	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Gestori di fabbisogno	Gestori di fabbisogno	

Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	Area Tecnica Area Amministrativa-Servizi esternalizzati	Maria Giuliana Bonaviri Michele Bachechi Enrico Masotti	Filippo Sembali Dunia Benelli
		Per ciascuna procedura:				
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, d.lgs. n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, d.lgs. n. 50/2016)	Tempestivo	Area Tecnica	Maria Giuliana Bonaviri	Filippo Sembali
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	Area Tecnica UO Patrimonio e gestione aziendale	Maria Giuliana Bonaviri Michele Bachechi	Filippo Sembali Dunia Benelli
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, d.lgs. n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, d.lgs. n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, d.lgs. n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, d.lgs. n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, d.lgs. n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, d.lgs. n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, d.lgs. n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, d.lgs. n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, d.lgs. n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, d.lgs. n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, d.lgs. n. 50/2016)	Tempestivo	Area Tecnica UO Patrimonio e gestione aziendale	Maria Giuliana Bonaviri Michele Bachechi	Filippo Sembali Dunia Benelli
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, d.lgs. n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, d.lgs. n. 50/2016); Avvisi relativi all'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, d.lgs. n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	Area Tecnica	Maria Giuliana Bonaviri	Filippo Sembali
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, d.lgs. n. 50/2016)	Tempestivo	Area Tecnica	Maria Giuliana Bonaviri	Filippo Sembali
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, d.lgs. n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e	Tempestivo	Area Tecnica	Maria Giuliana Bonaviri	Filippo Sembali
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, d.lgs. n. 50/2016)	Tempestivo	Area Tecnica	Maria Giuliana Bonaviri	Filippo Sembali
Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimenti che determinano le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro due giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	Area Tecnica	Maria Giuliana Bonaviri	Filippo Sembali

	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Area Tecnica	Maria Giuliana Bonaviri	Filippo Semboloni
	Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	NON APPLICABILE		
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	Area Tecnica	Maria Giuliana Bonaviri	Filippo Semboloni
Sovvenzioni, contributi, sussidi vantaggi economici	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
	Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	(NB: è stato avviato il censimento di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
	Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
	Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
	Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
	Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
	Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
	Art. 27, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
	Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campolmi
Bilanci	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Contabilità Generale e Finanza	Silvia Carradori	Igor Pasqualetti
	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Contabilità Generale e Finanza	Silvia Carradori	Igor Pasqualetti
	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Contabilità Generale e Finanza	Silvia Carradori	Igor Pasqualetti

	Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Contabilità Generale e Finanza	Silvia Canadori	Igor Pasqualetti
	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n. 118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		NON APPLICABILE	
Beni immobili e gestione patrimonio	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOPatrimonio e gestione aziendale	Michele Bachechi	Dunia Benelli
	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	UOPatrimonio e gestione aziendale	Michele Bachechi	Dunia Benelli
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere ANAC.	Direzione Amministrativa	Direzione Amministrativa	Federica Retico
			Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c) d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direzione Amministrativa	Direzione Amministrativa	Federica Retico
			Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Direzione Amministrativa	Direzione Amministrativa	Federica Retico
			Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Amministrativa	Direzione Amministrativa	Federica Retico
		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Contabilità Generale e Finanza	Silvia Canadori	Igor Pasqualetti
		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Tutte le strutture assegnatarie del rilievo	Tutti i dirigenti delle strutture assegnatarie del rilievo	Tutti i riferimenti delle strutture assegnatarie del rilievo
Servizi erogati	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Comunicazione	Maria Antonietta Cruciani	Paola Gioachin
	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Affari Legali	Enrichetta Brandi	Alessandra Pieroni
	Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Affari Legali	Enrichetta Brandi	Alessandra Pieroni
	Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Affari Legali	Enrichetta Brandi	Alessandra Pieroni
	Art. 32, c. 2, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Controllo Direzionale	Barbara Toniatti	Silvia Pittino

	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Direzione Operativa (lista chirurgica) Monitoraggio performance sanitarie Governo dei percorsi <i>outpatient</i> (lista ambulatoriale)	Natalia Lombardi Matteo Tomaïoulo	Natalia Lombardi Matteo Tomaïoulo
	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	annuale	Comunicazione	Maria Antonietta Cruciani	Paola Gioachin
Pagamenti dell'amministrazione	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Contabilità Generale e Finanza	Silvia Carradori	Igor Pasqualetti
	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Contabilità Generale e Finanza	Silvia Carradori	Igor Pasqualetti
	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Contabilità Generale e Finanza	Silvia Carradori	Igor Pasqualetti
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Contabilità Generale e Finanza	Silvia Carradori	Igor Pasqualetti
		Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Contabilità Generale e Finanza	Silvia Carradori	Igor Pasqualetti
	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Contabilità Generale e Finanza	Silvia Carradori	Igor Pasqualetti
Opere pubbliche	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	Maria Giuliana Bonaviri	Filippo Sembali
	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co. 7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	Maria Giuliana Bonaviri	Filippo Sembali
	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	Maria Giuliana Bonaviri	Filippo Sembali
	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica	Maria Giuliana Bonaviri	Filippo Sembali

Pianificazione e governo del territorio	Art. 39, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1 d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE		
			Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE		
Informazioni ambientali	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Igiene e organizzazione ospedaliera Fisica Sanitaria Area Tecnica	Fabrizio Nocchini Giacomo Belli Maria Giuliana Bonaviri	Giusi Piodino Giacomo Belli Filippo Semboloni
		Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE		
		Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Igiene e organizzazione ospedaliera Fisica Sanitaria Area Tecnica	Fabrizio Nocchini Giacomo Belli Maria Giuliana Bonaviri	Giusi Piodino Giacomo Belli Filippo Semboloni
		Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente e analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Igiene e organizzazione ospedaliera Fisica Sanitaria Area Tecnica SPP	Fabrizio Nocchini Giacomo Belli Maria Giuliana Bonaviri Fabrizio Dori	Giusi Piodino Giacomo Belli Filippo Semboloni
		Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi e analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE		
		Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE		
		Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE		
		Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE		
Strutture sanitarie private accreditate	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE		
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Gestione Libera Professione e Area a pagamento	Gabriele Marconcini	Giada Zanieri
Interventi straordinari ed emergenza	Art. 42, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE		

Altri contenuti	Art. 42, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE		
	Art. 42, c. 1, lett. c) d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	NON APPLICABILE		
	Art. 10, c. 8, lett. a) d.lgs. n. 33/2013		Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Direzione aziendale	Paola Marzuoli	Claudia Muscolino
	Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Direzione aziendale	Paola Marzuoli	Claudia Muscolino
		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Direzione aziendale	Paola Marzuoli	Claudia Muscolino
	Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Direzione aziendale	Paola Marzuoli	Claudia Muscolino
	Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'ANAC ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Direzione aziendale	Paola Marzuoli	Claudia Muscolino
Altri contenuti	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Direzione aziendale	Paola Marzuoli	Claudia Muscolino
	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Direzione aziendale	Paola Marzuoli	Claudia Muscolino
	Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Comunicazione	Maria Antonietta Cruciat	Paola Gioachin
	Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Comunicazione	Maria Antonietta Cruciat	Paola Gioachin
Altri contenuti	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.mdt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Informatizzazione dei processi sanitari	Bassam Dannaoui	
	Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Affari Generali	Enrico Masotti	Paolo Tagliaferri
	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Affari Generali	Enrico Masotti	Claudia Campoim
			Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno)		Area Innovazione e controllo	Stefano Vezzosi	Bassam Dannaoui
	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Dati ulteriori	Controlli Interni	annuale	Controlli Interni Integrati, Gestione Sinistri e rapporti assicurativi	Paola Marzuoli	Claudia Muscolino

Altri contenuti (dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate)	L. n. 24/2017	Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie: applicazione ART. 4 L. n. 24/2017	Assicurazione per responsabilità civile Patrocinio legale elenco legali fiduciari risarcimenti erogati Trasparenza dei dati su rischio sanitario (link RT)	ultimo quinquennio	Controlli Interni Integrati. Gestione sinistri e rapporti assicurativi.	Paola Marzuoli	Stefano Bicchi
		Indagine clima organizzativo		annuale	Clinica delle Organizzazioni	Laura Belloni	Matteo Galanti

ALLEGATO C-OBIETTIVI POLA 2026-2028

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2026	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2027	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2028	FONTE
CONDIZIONI ABILITANTI DEL LAVORO AGILE	SALUTE ORGANIZZATIVA					
	Supportare la Direzione Aziendale nel percorso di consolidamento del lavoro agile	Emanazione indirizzi sul lavoro agile	Aggiornamento regolamentazione per il lavoro agile in modalità ordinaria con le indicazioni di CCNL anche della dirigenza	Verifica regolamentazione	Verifica regolamentazione	UOC Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali
	Analizzare l'impatto del lavoro agile su dinamiche relazionali tra i membri dell'organizzazione, sul clima/benessere organizzativo	Monitoraggio del lavoro agile	///	50% di rispondenti	///	UOC Clinica delle Organizzazioni/CRCR
	Potenziare la digitalizzazione delle attività dell'Azienda	Dotazioni tecnologiche	Personale che svolge lavoro agile con pc portatile aziendale > 70%	Personale che svolge lavoro agile con pc portatile aziendale > 70%	Personale che svolge lavoro agile con pc portatile aziendale > 70%	UOC Sviluppo Gestione Tecnologie Informatiche
	Mappatura delle attività gestibili in lavoro agile	% di UO strutture di supporto che hanno presentato elenco attività gestibili in lavoro agile	100%	100%	100%	UOC Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali
	SALUTE PROFESSIONALE					
	Promuovere lo sviluppo delle competenze del personale utili al consolidamento del lavoro agile	Competenze digitali: - % di lavoratori agili che hanno partecipato a corsi di formazione sulle competenze digitali;	55%	75%	///	UOC Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali
	SALUTE DIGITALE					
	Capacità di utilizzo strumenti digitali	% dipendenti in grado di utilizzare, con capacità superiori a quelle base, strumenti digitali quali videoscritture, fogli elettronici, posta elettronica e videoconferenze	30%	40%	50%	dirigenti
	SALUTE ECONOMICO FINANZIARIA					

DIMENSIONI	OBIETTIVI	INDICATORI	FASE DI SVILUPPO INTERMEDIO Target 2026	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2027	FASE DI SVILUPPO AVANZATO Target 2028	FONTE
ATTUAZIONE LAVORO AGILE	QUANTITÀ					
	Partecipazione a lavoro agile	.- % dipendenti richiedenti lavoro agile su totale dipendenti potenzialmente autorizzabili, in relazione alle attività lavorabili in SW	65%	65%	65%	Sw personale whr
	QUALITÀ					
	Monitorare la qualità percepita del lavoro agile	- Livello di soddisfazione sul lavoro agile articolato per genere, per fascia di età, per stato civile	///	50%	///	UOC Clinica delle Organizzazioni/CRCR

	COSTO/RISPARMIO personale a tempo Indeterminato (1)				TESTE personale a tempo indeterminato			
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA AI 31/12/2024	107.677.662	2.263.910	127.063.227	57.595.959	1049	25	2740	1497
CESSAZIONI 2025 (2)	2.773.873		3.065.723	1.891.116	74	0	147	105
ASSUNZIONI 2025 (2)	2.956.362	176.201	3.763.585	639.695	91	4	111	95
CESSAZIONI PREVISTE 2026	2.415.866	64.073	3.339.166	1.279.967	61	1	170	73
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2026	2.587.245	133.486	3.784.841	1.567.074	61	3	173	103
CESSAZIONI PREVISTE 2027								
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2027								
CESSAZIONI PREVISTE 2028								
ASSUNZIONI PROGRAMMATE 2028								

	COSTO personale a tempo determinato				TESTE equivalenti personale a tempo determinato (3)			
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA 2024	1.223.344	81.409	222.833	43.220	15,72	1,00	5,09	1,09
CONSISTENZA 2025	1.014.266	61.211	61.848	213.827	12,25	0,89	1,25	5,25
PREVISIONE CONSISTENZA 2026	1.231.800	128.146	20.503	353.856	18,00	2,00	0,5	9,00
PREVISIONE CONSISTENZA 2027								
PREVISIONE CONSISTENZA 2028								

	COSTO personale in somministrazione				TESTE equivalenti personale in somministrazione (3)			
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA 2024			5.957.394,40	755.738,07			146,60	19,45
CONSISTENZA 2025			7.500.000,00	1.270.000,00			174,25	34,42
PREVISIONE CONSISTENZA 2026			7.500.000,00	1.300.000,00			178,00	34,00
PREVISIONE CONSISTENZA 2027								
PREVISIONE CONSISTENZA 2028								

	COSTO personale a incarico libero professionale				TESTE equivalenti personale con incarico libero professionale (3)			
	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA 2024	2.288.310	0,00	0,00	0,00	59,27			
CONSISTENZA 2025	2.350.000	0,00	0,00	0,00	59,25			
PREVISIONE CONSISTENZA 2026	2.145.000	0,00	0,00	0,00	55			
PREVISIONE CONSISTENZA 2027								
PREVISIONE CONSISTENZA 2028								

	COSTO personale comandato				TESTE equivalenti personale comandato (3)			
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA 2024	202.245	34.020	91.974	30.000	2,91	0,63	2,33	1
CONSISTENZA 2025	155.281	54.316	134.730	75.505	2,33	0,92	2,83	1,75
PREVISIONE CONSISTENZA 2026	137.000	32.000	60.750	57.750	2	0,5	1,5	1,5
PREVISIONE CONSISTENZA 2027								
PREVISIONE CONSISTENZA 2028								

	COSTO/RISPARMIO personale universitario				TESTE personale universitario			
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO		DIRIGENZA		COMPARTO	
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO
CONSISTENZA Al 31/12/2024	11.708.095		132.007	29.743	199		16	1
CESSAZIONI 2025 (2)	709.739		0		21		0	0
INGRESSI 2025 (2)	119.058		1.501		9		1	0
CESSAZIONI PREVISTE 2026	85.436				6			
INGRESSI PROGRAMMATI 2026	115.000				5			
CESSAZIONI PREVISTE 2027								
INGRESSI PROGRAMMATI 2027								
CESSAZIONI PREVISTE 2028								
INGRESSI PROGRAMMATI 2028								

	COSTO personale complessivo				COSTO TOTALE DIRIGENZA	COSTO TOTALE COMPARTO	COSTO TOTALE COMPLESSIVO
AREA	DIRIGENZA		COMPARTO				
RUOLO	SANITARIO	NON SANITARIO	SANITARIO	NON SANITARIO			
COSTO PREVISTO 2025	122.497.112,42	2.555.637,77	135.591.175,01	57.933.613,77	125.052.750,19	193.524.788,79	318.577.538,98
COSTO PREVISTO 2026	122.692.309,57	2.669.670,36	135.921.525,27	58.372.995,15	125.361.979,93	194.294.520,42	319.656.500,35
COSTO PREVISTO 2027	122.692.309,57	2.669.670,36	135.921.525,27	58.372.995,15	125.361.979,93	194.294.520,42	319.656.500,35
COSTO PREVISTO 2028	122.692.309,57	2.669.670,36	135.921.525,27	58.372.995,15	125.361.979,93	194.294.520,42	319.656.500,35

NOTE

- (1) il costo/risparmio è rilevato con riferimento all'intero anno o alla sua quota in base alla data di ingresso o di uscita della risorsa
(2) comprendere le assunzioni e cessazioni già avvenute e quelle di prossima e attendibile realizzazione alla fine dell'anno
(3) per testa equivalente si intende la somma dei presenti alla fine di ciascun mese diviso 12

Voci da sterilizzare al costo del Personale 2025	Importo
Rideterminazione e incremento fondi contrattuali Dirigenza Area Sanità e Comparto con oneri, (Dirigenza 1.817.797,03 e Comparto 1.567.119,64)	3.384.916,67
IVC 25-27 Dirigenza e Comparto per euro con oneri e IRAP	1.374.839,24
Impatto rinnovo Comparto 22-24 sul 2025 al netto IVC 22-24 competenza 2025 già pagata (delta di euro con oneri e IRAP, Tabellare 4.403.984,57 e Fondi 604.010,82)	5.007.995,38
Personale finanziato con contributi provenienti da privato	99.425,16
Personale finanziato con contributi provenienti dall'Unione Europea	94.868,51
Totale	9.962.044,96

Allegato E PIAO- Obiettivi Piano della Comunicazione

PROGRAMMA DEGLI OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

ATTIVITÀ	LUOGO	TEMPI	OBIETTIVI	STRUTTURE COINVOLTE
Sviluppo e implementazione canali social: Facebook, YouTube, X, Instagram, LinkedIn, Telegram	Online – AOU Careggi	Tutto l'anno	Promuovere: attività, progetti, servizi, pubblicazioni dei professionisti dell'AOU Careggi su riviste prestigiose, convegni, corsi di formazione, premi; Informare i cittadini in tempo reale sulle attività dell'AOU; Favorire e sviluppare la comunicazione interna ed esterna; Fidelizzare gli utenti esterni e interni	UOs Comunicazione e le Strutture Organizzative direttamente coinvolte
Progettazione di una nuova Intranet dell'AOU	Attivazione online	Entro Dicembre 2027	Rendere la nuova rete Intranet più smart, fruibile e navigabile rispetto a quella attuale; Dedicare un punto di accesso intranet unico e ben visibile, dedicato al personale, per permettere di rintracciare agevolmente tutte le informazioni relative al rapporto di lavoro (regolamentazioni, modulistiche, contratti integrativi, CUG, welfare, ecc.) Migliorare i processi di comunicazione interna	UOs Comunicazione, con funzioni di coordinamento (con rappresentanza anche dei settori interni URP e Redazione Web); UOc Sviluppo e Gestione Tecnologie Innovative; UOc Controlli interni integrati (con particolare riferimento ai settori Privacy e Trasparenza); Ufficio Stampa; UOc Accreditamento Qualità e Risk Management; UOc Attività amministrativa a supporto delle attività sanitarie; UOc Governo dei percorsi Outpatient; UOc Amministrazione del Personale e UOc Politiche e Formazione del Personale e Relazioni sindacali

PROGRAMMAZIONE DELLE PRINCIPALI ATTIVITÀ IN AGGIORNAMENTO

Stesura e approvazione del Regolamento "Comunicazione tramite Posta Elettronica Aziendale"	AOU Careggi	Anno 2026	Definire le modalità di redazione e gestione della comunicazione, organizzativa e clinica, realizzata attraverso la posta elettronica aziendale al fine di favorirne l'utilizzo appropriato ed efficace, per sostenere la collaborazione e l'innovazione organizzativa e migliorare il clima aziendale e il benessere organizzativo	UOs Comunicazione e le Strutture afferenti allo Staff della Direzione
--	-------------	-----------	---	---

Eventi solidali in collaborazione con Fondazione Careggi ETS, Immobili Careggi e con Associazioni, Enti e istituzioni locali, regionali e nazionali	AOU Careggi	Tutto l'anno - Date da definire	Promuovere campagne di prevenzione e di corretti stili di vita ed eventi, finalizzati a raccolte fondi per acquisto di apparecchiature elettromedicali ed eventuali altre iniziative	UOs Comunicazione, Strutture Organizzative aziendali promotrici/beneficiarie dell'evento solidale, partners pubblici e privati, sponsor
Produzioni editoriali	AOU Careggi	Tutto l'anno	Realizzare, promuovere e diffondere prodotti editoriali (locandine, pieghevoli, brochure e quant'altro, in formato cartaceo e digitale) di produzione aziendale e/o di provenienza regionale	Produzioni editoriali
Realizzazione e divulgazione di comunicati e note stampa	AOU Careggi	Tutto l'anno	Promuovere una corretta e tempestiva informazione su servizi, eventi, progetti e novità in merito alle attività di ricerca, didattica e assistenza	Ufficio Stampa e Strutture Operative coinvolte
Organizzazione tavole rotonde e incontri divulgativi dedicati ai cittadini su temi specifici di pubblica utilità	AOU Careggi	Tutto l'anno – date da definire	Favorire l'ascolto e la condivisione su tematiche di pubblica utilità con il coinvolgimento dei soggetti portatori di interesse	UOs Comunicazione, istituzioni, Comitato di Partecipazione
Eventi formativi e divulgativi in occasione delle Giornate nazionali e internazionali di sensibilizzazione in ambito sanitario in linea con il Piano della Comunicazione della Regione Toscana per gli anni 2026-2028	AOU Careggi	Tutto l'anno	Sensibilizzare su campagne di prevenzione e su tematiche di attualità in ambito sociosanitario	UOs Comunicazione, Ufficio Stampa, Strutture Operative aziendali direttamente interessate, Enti e istituzioni promotori delle campagne
Supporto alle campagne di comunicazione regionali	AOU Careggi	Tutto l'anno	Sensibilizzare su tematiche specifiche, indicate dalla Regione Toscana, favorendo la promozione di corretti stili di vita, l'appropriatezza della cura e la conoscenza dei servizi erogati per la cura e l'assistenza dei cittadini	UOs Comunicazione, ogni altra Struttura Organizzativa direttamente coinvolta
Eventi scientifici e divulgativi su ricerca, didattica e assistenza	AOU Careggi	Tutto l'anno	Favorire la conoscenza e lo sviluppo delle attività di ricerca, assistenza e didattica	UOc Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali, UOs Comunicazione, Ufficio Stampa e le Strutture organizzative aziendali direttamente coinvolte per la specialità trattata
Eventi formativi pratici e teorici con riconoscimento di ECM (e non)	AOU Careggi	Tutto l'anno	Promuovere la formazione continua professionale; Valorizzare e accrescere le competenze del personale aziendale	UOc Politiche e Formazione del Personale e Relazioni Sindacali, UOs Comunicazione, Strutture Organizzative aziendali direttamente interessate per specialità trattata