



Azienda Ospedaliera “Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata”



Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2023-2025

(articolo 6 D.L. 9 giugno 2021, n. 80 convertito in legge 6 agosto 2021, n. 113)

CENTRALITÀ
DELLA PERSONA E RISPETTO DELLA DIGNITÀ UMANA

UNIVERSALITÀ
DELL'ASSISTENZA ED EQUITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI

QUALITÀ
EFFICACIA
SICUREZZA
APPROPRIATEZZA DELLE CURE

ETICITÀ E TRASPARENZA
DELLE SCELTE E DEI COMPORTAMENTI

SOSTENIBILITÀ
ECONOMICA ED EFFICIENZA GESTIONALE

Premessa

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

- 1.1. Chi siamo
 - 1.1.1. La storia
 - 1.1.2. Capacità ricettiva del "Polo Ospedaliera"
 - 1.1.3. Gli standard di qualità
- 1.2. Vision e Mission
- 1.3. L'Azienda in cifre
 - 1.3.1. Dotazioni posti letto
 - 1.3.2. La capacità produttiva (fonte dat: DWH)
 - 1.3.3. Risorse umane
- 1.4. Verso il futuro

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

- 2.1. Valore Pubblico
 - 2.1.1. Obiettivi strategici e programmazione economica
 - 2.1.2. Linee strategiche di sviluppo
 - 2.1.3. Azioni e risultati attesi
- 2.2. Performance
 - 2.2.1. Il livello strategico
 - 2.2.2. Il livello organizzativo
 - 2.2.3. Il livello individuale
- 2.3. Rischi corruttivi e trasparenza
 - 2.3.1. Analisi del contesto esterno / interno
 - 2.3.2. Valutazione del rischio
 - 2.3.4. Trattamento del rischio
 - 2.3.5. Programmazione e attuazione della trasparenza

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

- 3.1. Struttura organizzativa
 - 3.1.1. Specificità del modello organizzativo
 - 3.1.2. Aspetti economico finanziari
 - 3.1.3. Elementi di forza e di debolezza
 - 3.1.4. Linee strategiche
- 3.2. Organizzazione del lavoro a distanza
- 3.3. Piano triennale dei fabbisogni di personale
 - 3.3.1. Gestione delle risorse umane secondo i principi di razionalizzazione riorganizzazione e programmazione
 - 3.3.2. Programmazione del fabbisogno
 - 3.3.3. Politiche di stabilizzazione
 - 3.3.4. La formazione

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

- 4.1. Valore pubblico e performance
- 4.2. Rischi corruttivi e trasparenza
- 4.3. Formazione
- 4.4. Organizzazione e capitale umano

L'articolo 6 del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti adottino il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.), documento di durata triennale, adottato entro il 31 gennaio di ogni anno e aggiornato annualmente.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni pubbliche.

La *ratio* del P.I.A.O. risiede nella volontà di creare un piano unico di *governance*, potremmo anche dire *un piano-una programmazione*, in grado di superare la molteplicità e la conseguente frammentarietà degli strumenti di programmazione introdotti nelle varie fasi dell'evoluzione normativa.

In particolare il P.I.A.O. sostituisce:

- il Piano della Performance, poiché stabilisce gli obiettivi programmatici e strategici della performance, stabilendo il collegamento tra performance individuale e risultati della performance organizzativa;
- il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il Piano della Formazione, poiché definisce la strategia di gestione del capitale umano e dello sviluppo organizzativo;
- il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale, poiché definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) poiché, tramite l'analisi del contesto in cui opera l'azienda, identifica le criticità che espongono l'amministrazione ai rischi corruttivi, identifica e valuta tali rischi progettando misure per contenerli secondo un'ottica di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità monitorando l'idoneità e l'attuazione; applica infine la programmazione e il monitoraggio della trasparenza.

SEZIONE I. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

Nome Amministrazione	Azienda Ospedaliera “Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata”	
Sede legale	Via dell'Amba Aradam, 9 - 00184 Roma	
Contatti	Telefono: +39 06 77051	
	Pec: ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it	
C.F. e P.I.	04735061006	
Sito web	https://www.hsangiovanni.roma.it/	
Logo		
	<p>A questo si aggiunge la rivisitazione di un logo che ha storicamente caratterizzato l’Azienda e che richiama al patrimonio storico-artistico di cui è ricca e reinterpretato per sottolineare l’idea che guida la riorganizzazione in corso basata sulla reciproca integrazione multidisciplinare e multiprofessionale:</p> <div style="text-align: center;">  </div>	

I.I. CHI SIAMO

I.I.I. La storia

L'Azienda è stata costituita con deliberazione della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30 giugno 1994 ai sensi e per gli effetti della L.R. Lazio 16 giugno 1994, n. 18. Caratterizzata dalla natura storica dei suoi edifici, l'Azienda dispone di un singolare palinsesto monumentale che documenta un lungo percorso che dall'accoglienza passa per l'ospitalità e giunge sino alla cura.

Fondato nel 1338 costituisce oggi una moderna Azienda Ospedaliera di ampio respiro internazionale dove operano al suo interno diverse Unità Operative multidisciplinari con caratteristiche di Alta Specializzazione. L'Azienda svolge la propria attività assistenziale sui seguenti presidi:

Presidio Ospedaliero "S. Giovanni"

È il P.O. principale dell'Azienda, in cui si svolge la gran parte dell'attività clinica di ricovero ospedaliero, in regime ordinario e diurno, per patologie acute, comprensiva dell'attività di emergenza e urgenza di Pronto Soccorso, quale sede di DEA di 2° livello; vi si svolge l'attività operatoria e di ricovero intensivo e sub intensivo, nonché attività di riabilitazione.

Presidio Ospedaliero "Addolorata"

Si caratterizza come Polo Onco-ematologico dell'Azienda, con prevalente attività clinica, in regime di ricovero ordinario e diurno, ma anche con attività di specialistica ambulatoriale; è sede del Laboratorio Galenico aziendale e del Centro Demenze, neurologiche e dell'anziano; ospita, altresì, il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) afferente al Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma2, regolato da apposita convenzione tra le due Aziende.

Presidio Ospedaliero "Britannico"

È Presidio monospecialistico dedicato all'attività oculistica, sia in regime di ricovero ordinario e diurno, compresa l'attività operatoria, sia per la specialistica ambulatoriale. In tale Presidio si colloca la Banca degli Occhi, Centro di riferimento regionale.

Presidio Sanitario "Santa Maria"

Sede di attività specialistica ambulatoriale, compresa la chirurgia ambulatoriale, e di attività di ricovero a ciclo diurno nonché della dialisi ambulatoriale, che ha presso la Medicina D'Urgenza dell'ospedale S. Giovanni una sua sezione dedicata alla dialisi per acuti, sia per pazienti in arrivo al Pronto Soccorso, sia per garantire la dialisi ai pazienti ricoverati.

	Link
Pianta	https://hsangiovanni.roma.it/index.php?p=115
Organigramma	https://www.hsangiovanni.roma.it/documenti/filepdf/ORGANIGRAMMA.pdf

Nell'ambito dei Presidi ospedalieri insistono immobili/siti di particolare e significativa valenza storico-archeologica così come di seguito riportati:

A) all'interno del Presidio Ospedaliero San Giovanni:

CORPO F

- Ipogeo Oratorio Paleocristiano e area esterna con strutture archeologiche a vista;
- Ipogeo Bottega del vetraio
- Portico Medioevale, Ospedale dell'Angelo (Area Museale) con Antica Farmacia
- Convento delle Suore della Misericordia;

CORPO G

- Ipogeo Impianto Terme Domus Annii;
- Chiesa dei Santi Andrea e Bartolomeo, Corsia Vecchia (Sala Folchi), Sala d'Angolo (Sala Antico Atrio).
- Scuola Infermieri e Sala Luigi D'Elia con ambienti annessi;

CORPO H

- Ipogeo Peristilio Domus Annii.
- Corsia Nuova (Sala Mazzoni) e corridoio corpi bassi verso il cortile monumentale.
- Spazio non tramezzato a rustico (Corsia Maggiorani);

AREA ESTERNA CORPI G / H: Cortile Monumentale con colonna Crucifera, reperti archeologici e Ninfeo dell'Acqua Felice;

CORPO I: Casa dei Cappellani;

AREA ESTERNA CORPI H / I: Giardini verso Via Amba Aradam con Dittico in Trabeazione a colonne e mosaico termale e fontana;

AREA ESTERNA CORPI D/C: strutture archeologiche a vista: Tabernae, Enopoli, Horti Domitia Lucilla e Fullonica;

B) all'interno del Presidio Sanitario Santa Maria:

CORPO L

- Edifici Storici riconvertiti ad uso socio-sanitario;
- ex Cappella di Santa Maria delle Grazie; ex Area Cimiteriale;
- ex Ospizio di Sant'Antonio;

CORPO M:

- Spazio Polifunzionale esterno;
- Portico e Corsia delle Donne con corridoio e ambienti annessi;
- Antica Sala Puccinotti con ambienti annessi;

CORPO N:

- Galleria con antiche mura riferibili all'acquedotto Claudio;
- Abitazioni al civico 70/72 su Piazza San Giovanni (intero edificio);

CORPO O:

- Ipogeo Domus c.d. Licinio Sura;
- Centro Poliambulatori;

C) all'interno del Presidio Ospedaliero Britannico:

AREA ESTERNA CON MURO DI CONFINE

- Mura dell'Antico Acquedotto Celimontano
- Antica cisterna Romana riconvertita in casale di portierato.

Il patrimonio storico archeologico, è stato restaurato e ristrutturato per mantenerlo e poterlo rendere fruibile per lo svolgimento di attività o eventi sanitari, socio-sanitari e culturali.

Nel recente periodo pandemico presso alcune delle Sale ristrutturate è stato organizzato il Centro Vaccinale COVID-19 dell'Azienda e il Centro per l'effettuazione dei tamponi (walk in).

Si organizzano visite guidate alle opere architettoniche, archeologiche e artistiche.

L'Azienda, nel mese di luglio 2022, ha approvato lo studio di fattibilità per la manutenzione e valorizzazione dei beni culturali trasmesso alla Regione Lazio per la richiesta di ammissione al finanziamento.

Costituiscono, inoltre, beni indisponibili dell'Azienda:

- l'unità immobiliare sita in Piazza San Giovanni in Laterano n. 72
- l'unità immobiliare sita in Via dell'Amba Aradam n. 9

Costituiscono patrimonio mobiliare dell'Azienda le attrezzature, gli apparecchi di laboratorio, di radiologia, di camera operatoria, gli apparecchi elettromedicali, le dotazioni per studi medici e dotazioni di ufficio, nonché le dotazioni alberghiere, compresi i letti e i restanti arredi delle aree di degenza e dei servizi di supporto che, previa registrazione nei relativi libri inventariali, sono allocati nei reparti di competenza dei presidi.

L'Azienda riconosce il valore strategico del proprio patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica utile allo svolgimento della propria attività sanitaria, nonché di promozione, valorizzazione e qualificazione storico culturale.

Con Regolamento adottato dal Direttore Generale è disciplinata la tenuta degli inventari dei beni mobili, la loro gestione, l'affidamento ai consegnatari responsabili e le eventuali procedure di alienazione.

I.1.2. Capacità ricettiva del “Polo Ospedaliero”

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla Determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021, la capacità ricettiva in posti letto del “Polo Ospedaliero”, costituito dai Presidi di cui ai precedenti paragrafi, è, allo stato, pari a n. 728 di cui n. 66 dedicati alle degenze diurne (ferme restando le eventuali successive modifiche/integrazioni regionali che dovranno intendersi recepite di diritto nell'Atto Aziendale).

I posti letto sono aggregati per Unità di degenza con una dotazione, di norma, non inferiore a n. 20 e non superiore a n. 30. Più Unità di degenza possono condividere la gestione organizzativa dei posti letto in dotazione sia ordinari sia di DH, riuniti in Unità assistenziali omogenee.

Per le degenze chirurgiche, in particolare, le aggregazioni suddividono le aree di degenza, tutte multidisciplinari, in:

- **reparti chirurgici di “Long Surgery”**, che accolgono pazienti più complessi in ricovero programmato superiore alla degenza di 5 giorni;
- **reparti di ricovero di “Week Surgery”**, che accolgono pazienti elettivi a ciclo breve, con ricovero massimo settimanale di 5 giorni di degenza, con chiusura nel week end;
- **reparti di ricovero di “Long Urgenza”** preposti ad accogliere i pazienti che afferiscono dal Pronto Soccorso, attuando in tal modo una opportuna separazione dei percorsi di ricovero elettivi e di emergenza/urgenza.

E' presente inoltre un'area adiacente al Blocco Operatorio del piano terra del P.O. S.Giovanni, riservato alle attività operatorie di Day Surgery, che è dedicato alle attività di ricovero diurno e di assistenza perioperatoria.

I posti letto di degenza sono organizzati, pertanto, per livello di intensità di cura che si articola in alta (assistenza intensiva), medio-alta (sub-intensiva, ordinaria e diurna) e bassa (riabilitazione).

Le unità di degenza ordinaria, organizzate su 5 giorni come week hospital e week surgery, consentono di perseguire un utilizzo più efficiente delle risorse.

I.3.1. Gli standard di qualità

L'Azienda ha come obiettivo primario la qualità totale.

Al fine di garantire la qualità delle prestazioni, l'Azienda adotta in via ordinaria il metodo della verifica e della revisione della quantità e della qualità delle prestazioni e assicura per il monitoraggio dell'attività, l'attivazione del sistema di indicatori di qualità previsti dall'art. 10, 3° comma, del D.L.vo 30/12/92, n. 502, così come modificato dal D.L.vo n. 517/93, in conformità alle indicazioni metodologiche contenute nella "Carta dei Servizi Pubblici Sanitari: principi e criteri di attuazione, finalità, materiale illustrativo" predisposta dal Dipartimento della Funzione Pubblica d'intesa con il Ministero della Sanità.

I.2. VISION E MISSION

NEL CUORE DELLA STORIA, AL CENTRO LA PERSONA

Situata nel cuore della Capitale, l'Azienda si caratterizza per la sua funzione pubblica di tutela della salute.

Sull'orizzonte dei propri principi ispiratori quali centralità della persona e rispetto della dignità umana, universalità dell'assistenza ed equità nell'accesso ai servizi, qualità, efficacia, sicurezza e appropriatezza delle cure, eticità e trasparenza delle scelte e dei comportamenti, sostenibilità economica ed efficienza gestionale, intende realizzare un'organizzazione finalizzata:

- alla gestione di servizi sanitari equi, efficaci, appropriati, tempestivi e a misura di persona,
- alla valorizzazione continua, costante e partecipata delle risorse umane sviluppandone le relative competenze e abilità, e assicurandone il benessere psicofisico;
- all'adeguamento e all'innovazione delle risorse strumentali, tecnologiche e informatiche per erogare servizi sanitari in linea con la ricerca scientifica più avanzata;
- all'adozione e all'innovazione di modelli organizzativi incentrati sulla flessibilità, che consente di adeguare le risorse e le strutture alle esigenze del carico assistenziale del momento, con percorsi in grado di modificarsi di pari passo con i cambiamenti epidemiologici e demografici della popolazione, lo sviluppo della Medicina e le tecnologie disponibili;
- all'adozione di procedure che garantiscano l'appropriatezza e l'evidenza scientifica degli interventi sanitari, garantendo la sicurezza delle cure.

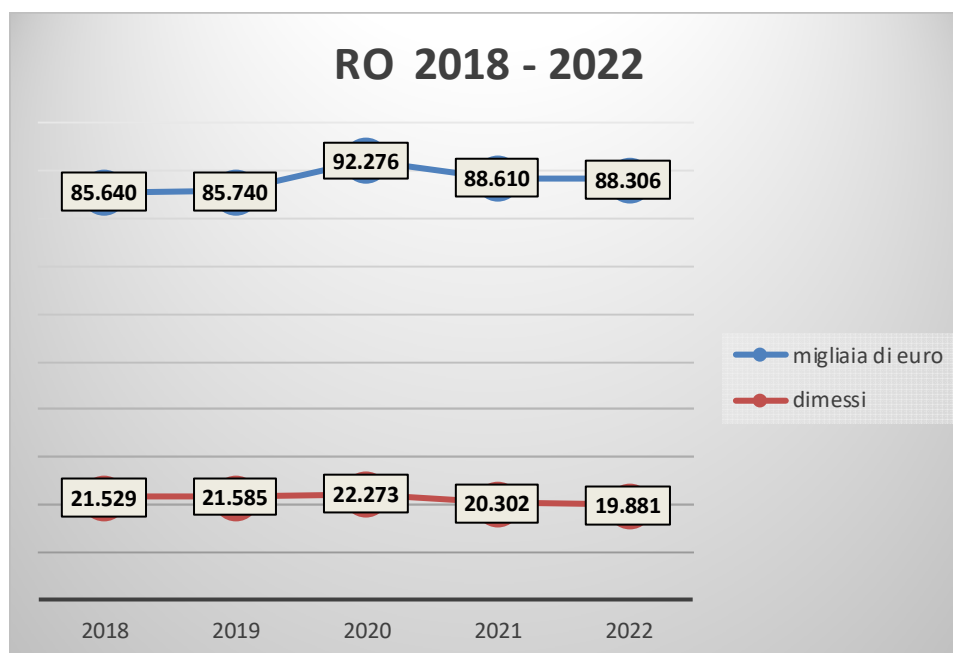
1.3. L'AZIENDA IN CIFRE

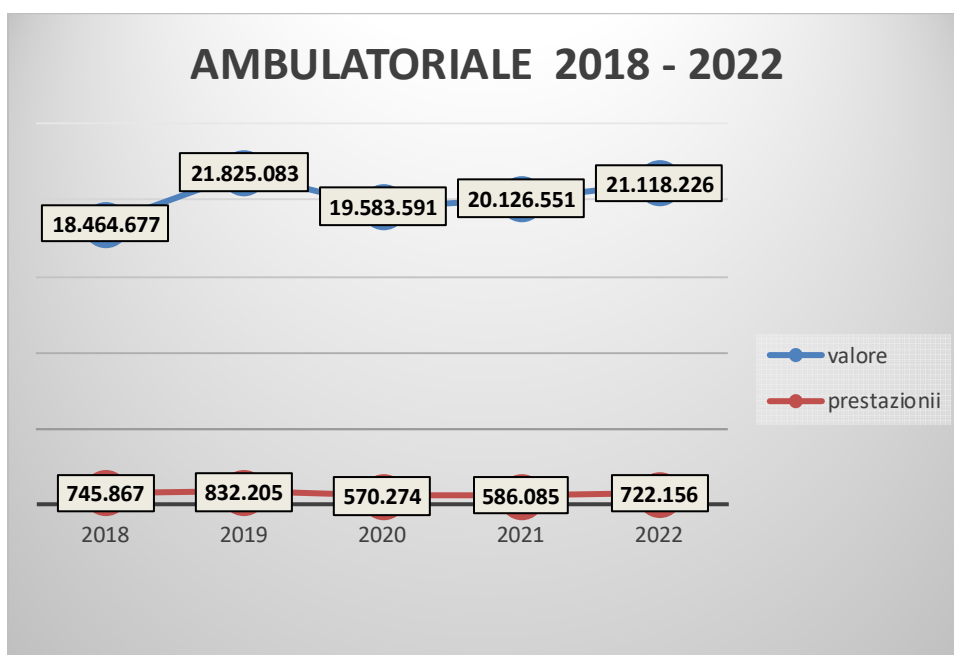
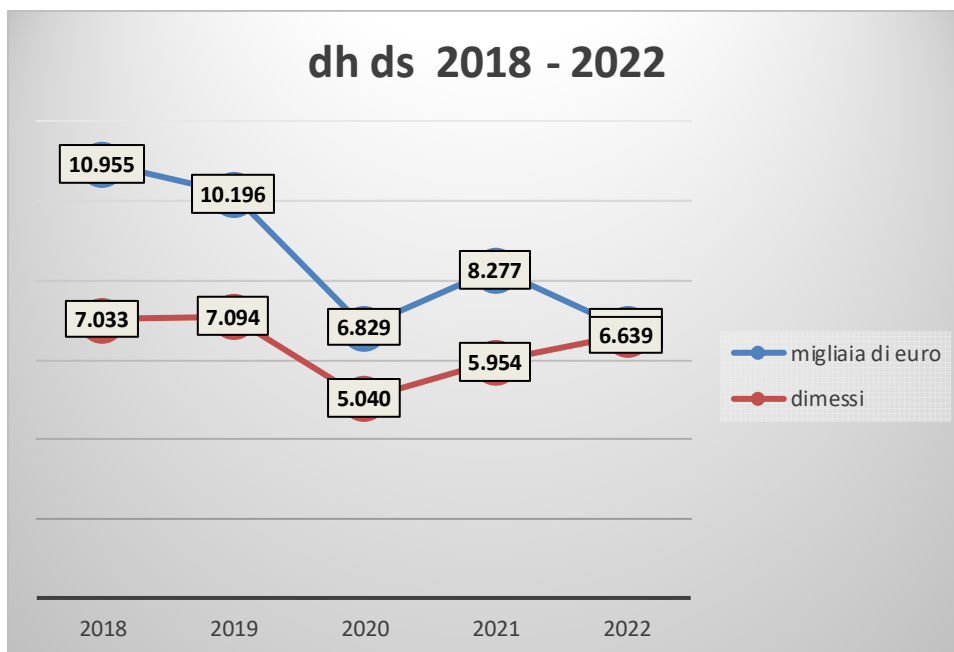
1.3.1. Dotazione posti letto

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla Determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021, la capacità ricettiva in posti letto del “Polo Ospedaliero” è, allo stato, pari a n. 728 di cui n. 66 dedicati alle degenze diurne.

1.3.2. La capacità produttiva (Fonte dati: DWH)

attività		2018	2019	2020	2021	2022	variazione 22/21 n.	variazione 22/21 %
Dimessi in Degenza ordinaria per acuti		21.146	21.967	19.054	20.199	19.556	-643	-3,18%
Dimessi in Degenza diurna per acuti		7.033	7.094	5.092	5.940	6.741	801	13,48%
Dimessi in Degenza ordinaria per riabilitazione		269	306	250	103	293	190	184,47%
Accessi in degenza diurna per riabilitazione		1.667	1.716	1.224	65	89	24	36,92%
Prestazioni di Specialistica ambulatoriale		761.844	832.205	570.274	586.085	792.655	206.570	35,25%
Accessi in pronto soccorso		57.986	57.784	40.071	41.703	47.296	5.593	13,41%
indicatori		2018	2019	2020	2021	2022	variazione n.	variazione %
RO	DM	7,90	8,10	8,23	7,86	6,63	-1,23	-15,65%
	peso	1,22	1,25	1,31	1,32	1,32	0,00	0,00%
DH	accessi medi	4,21	3,85	3,71	3,65	3,33	-0,32	-8,77%
	peso	0,80	0,81	0,79	0,81	0,81	0,00	0,00%
% accessi con permanenza in PS/DEA < 12 h		93	89,4	83,3	81,8	82,1	0,30	0,37%





I.3.3. Indicatori di esito (Fonte dati DWH)

INDICATORI DI ESITO	VALORE SOGLIA	2018	2019	2020	2021	i semestre 2022*	trend
PROPORZIONE COLECST. LAP. CON DEGENZA POSTOPER. < 3GG	>= 70%	77,9	74,5	73,3	81,6	90,7	↑
PROPORZIONE INTERVENTI FEMORE PZ >= 65 ANNI ENTRO 2 GG	>= 60%	57,6	84,0	41,0	41,0	71,2	↑
PROPORZIONE PARTI CESAREI PRIMARI	<= 25%	28,8	22,1	27,2	23,0	28,31	↑
PROPORZIONE PTCA ENTRO 90' DALL'ACCESSO IN PAZIENTI CON IMA	>= 60%	62,8	69,4	77,4	52,2	78,75	↑

I.3.4. Risorse umane

Le tabelle sotto riportate comprendono i dipendenti a tempo indeterminato e determinato, nonché il personale con incarico art. 15 sept. D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm. e ii., i comandati in entrata, esclusi i comandati in uscita, il personale religioso e i principali indicatori nonché alcune informazioni relative al grado di istruzione e alla composizione di genere del personale.

Tipologia personale	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Dirigenti medici e dirigenti odontoiatri	514	509	522	555	537	510
Dirigenti ruolo sanitario non medico	19	16	19	30	30	31
Comparto ruolo sanitario	1315	1290	1305	1448	1.371	1.315
Dirigenti altri ruoli	14	14	18	20	16	16
Comparto altri ruoli	302	302	338	441	404	368
TOTALE	2164	2131	2202	2494	2358	2240

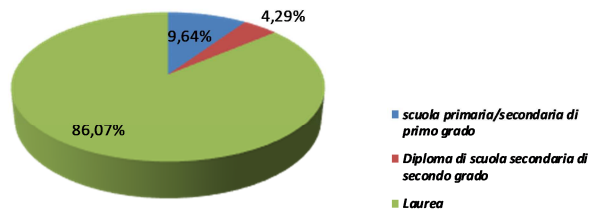
INDICATORI	2017	2018	2019	2020	2021	2022
% di dirigenti donne	45,7	46,57%	47,58%	47,74%	48,37%	50,09%
% di donne rispetto al totale del personale	61%	61,71%	62,40%	63,59%	63,44%	64,83%
% di donne assunte a tempo indeterminato	65%	66,97%	68,03%	73,63%	59,30%	61,26%
età media del personale femminile non dirigente	50	50	50	48	48	47,90%
età media del personale femminile dirigente	52	52	53	52	52	51,78%

INDICATORI	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Età media del personale complessivo (anni)	51	52	52	50	50	49,7
Età media dei dirigenti (anni)	54	54	55	54	54	53
Tasso di crescita del personale nell'ultimo triennio	-0,60%	-2,21%	+ 1,32%	13,71%	6,61%	-10,14%
Turn-over del personale nell'ultimo triennio	65,57%	74,31%	94,23%	176,41%	138,00%	114,00%
Tasso di assenze	17%	22%		19,23%	19,43%	20,33%
Tasso di richieste di mobilità	2,30%	2,70%	12,22%	0	0,43%	0,04%
Tasso di infortuni *	7,21%	5,21%	6,04%	9,61%	9,54%	33,12%
% trattenuti in servizio			0,27%	0,52%	0,42%	0,00%
Stipendio lordo medio percepito dai dipendenti del comparto (anno)	30.089	30.345	33.857	33.783	33.168	32.300
Stipendio lordo medio percepito dai dirigenti (anno)	70.060	73.937	91.109	91.186	90.750	89.800
% di personale assunto a tempo indeterminato nell'anno **	3,02%	5,26%	5,71%	9,02%	2,37%	1,3%

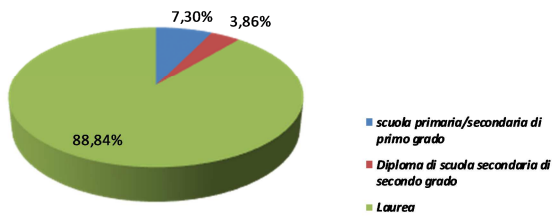
* la percentuale degli anni 2021 e 2022 è comprensiva degli infortuni COVID-19 rispettivamente pari al 4,24% e al 27,09%

** tasso di personale assunto calcolato con assunzioni di nuovo personale, se si considerano anche i passaggi da tempo determinato a tempo indeterminato il tasso sale a 3,39%

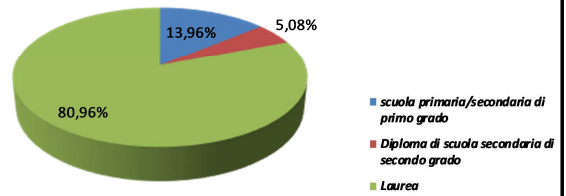
personale suddiviso per tipologia di titolo di studio (dati %) - anno 2022



personale "donna" suddiviso per tipologia di titolo di studio (dati %) - anno 2022



personale "uomo" suddiviso per tipologia di titolo di studio (dati %) - anno 2022



I.4. VERSO IL FUTURO

60 MLN

33 MLN

27 MLN

Per avviare la rivoluzione tecnologica e digitale oltre che l'aggiornamento delle infrastrutture ospedaliere dell'AO San Giovanni Addolorata. Un piano aziendale di ripresa e resilienza (PARR) che sarà finanziato con:

PNRR/PNC

Altri finanziamenti

ART.20/DGR/DL34

Il PARR si basa su una rivoluzione tecnologica e digitale e un aggiornamento delle strutture per costruire un'Azienda sempre più accessibile, produttiva, attrattiva, sicura e accogliente, che accolga i bisogni dei pazienti e dei cittadini, che sia virtuosa, semplice, veloce e che protegga il valore pubblico.

Le aree di intervento riguarderanno la valorizzazione di 12 percorsi funzionali: emergenza-urgenza; oncologia-ematologia; oculistica; rete neuro-trauma; cardiologia; materno-infantile; attività ambulatoriale; COT; diagnostica per immagini; umanizzazione e ammodernamento dei reparti; sicurezza; digitalizzazione ed efficienza energetica.

Gli investimenti messi in atto dell'Azienda si inseriscono in un complessivo piano riorganizzativo della sanità del Lazio che vede impegnati 700 mln fino al 2026.

I.4.1. Il rilancio strutturale

UOC Medicina interna ad alta intensità di cura – Presidio Ospedaliero San Giovanni

Il nuovo reparto di “Medicina interna ad alta intensità di cura” ubicato al piano -I del corpo B del P.O. San Giovanni, a seguito della ristrutturazione eseguita, può disporre di 8 p.l. di degenza a bassa intensità di cura e 16 p.l. di terapia sub – intensiva, di cui 2 isolati, per un totale di 24 p.l.

Aula Multimediale - Presidio monumentale Santa Maria

Il Complesso Ospedaliero San Giovanni - Addolorata è caratterizzato dalla natura storico-culturale dei suoi straordinari edifici, una scrittura architettonica secolare, che si legge tra gli strati e nelle increspature dei suoi paramenti monumentali.

I quattro Presidi che lo compongono sono, quindi, uno scrigno di arte e storia, di archeologia e architettura, che va dall'epoca repubblicana al tardo Barocco, con interventi settecenteschi e dei primi del novecento, fino agli ultimi di rilevanza architettonica realizzati per il Giubileo del 2000 firmati dal prof. Paolo Portoghesi, insigne architetto, saggista e strenuo difensore del Genius Loci.

Il presidio monumentale del Santa Maria, che nelle sue consistenze ricomprende tutte le fasi della stratificazione temporale e architettonica, è a sua volta articolato in corpi edilizi identificati con le lettere L-MN-O-PQRST. Al Primo Piano del Corpo M l'Azienda Ospedaliera ha pensato e

realizzato l'Aula Multimediale, una struttura al servizio del proprio personale sanitario per consentirgli di seguire quei percorsi di formazione continua e obbligatori per legge dalla normativa vigente in materia di educazione continua in medicina (ECM).

Percorso nascita – Ambulatori neonatologici e pediatrici – Presidio monumentale Santa Maria

I nuovi Ambulatori Neonatologici e Pediatrici sono ubicati al piano primo del Corpo T del Presidio Santa Maria, sede principale di riferimento per tutta l'attività ambulatoriale dell'Azienda.

Nell'ambulatorio neonatologico e pediatrico si erogano tutte le prestazioni necessarie per i primi 100 giorni di vita del neonato oltre che le prestazioni pediatriche fino a 14 anni. In particolare si erogano prestazioni con percorso interno, ma sono aperti anche al CUP per gli accessi dall'utenza esterna.

Area week donna e ostetricia – Presidio Ospedaliero San Giovanni

La nuova Area Week Donna e Ostetricia è ubicata al piano secondo del Corpo D del P.O. San Giovanni.

L'intervento di ristrutturazione si inserisce coerentemente nel piano di riqualificazione e sviluppo di tutte le attività sanitarie connesse all'area sanitaria materno infantile, la cui attuazione ha già conosciuto, con l'inaugurazione del nuovo ambulatorio pediatrico del Presidio Santa Maria, un primo concreto riscontro e che si compirà con l'ultimazione del Blocco Parto e successivamente con la ristrutturazione del reparto di Degenza ostetrica e degli ambienti destinati alla IVG.

L'apertura del nuovo reparto s'inserisce in un progetto più generale di riqualificazione e rilancio del percorso materno-infantile, un percorso importante e da sempre nella tradizione dell'Ospedale San Giovanni.

Il reparto è stato concepito per la donna nelle sue diverse fasi di età e per tutte le necessità che riguardano la sua salute e ricomprende al suo interno le attività di ginecologia, ostetricia e senologia. L'assistenza è erogata da un'équipe multidisciplinare che si dedica quotidianamente a soddisfare le esigenze dell'universo femminile.

Ambulatori oculistica – Presidio Ospedaliero Britannico

Inserito in una palazzina all'interno di un contesto storico di grande rilievo, il P.O. Britannico accoglie l'area funzionale intra dipartimentale di Oftalmologia di cui fanno parte l'Unità Operativa Complessa di Oculistica, la Unità semplice dipartimentale di Chirurgia Vitreoretinica e la Banca degli Occhi (Centro regionale di riferimento per i trapianti): reparto di degenza, day hospital e diversi ambulatori attrezzati con le ultime tecnologie che permettono di offrire un servizio di qualità dove i pazienti con problemi oculari importanti possono effettuare qualsiasi tipo di diagnosi, attraverso i più avanzati standard di qualità.

L'Azienda ha provveduto al rinnovo delle tecnologie del Blocco Operatorio oculistico e della Banca degli Occhi.

Nuovo Blocco Parto - Presidio Ospedaliero San Giovanni

Il nuovo Blocco Parto è ubicato al piano primo del Corpo D afferente al P.O. San Giovanni e risponde alle normative nazionali di settore e agli standard richiesti dalla normativa regionale per le Unità Operative Perinatali di II livello.

L'intervento di ristrutturazione si inserisce coerentemente nel piano di riqualificazione e sviluppo di tutte le attività sanitarie connesse all'area sanitaria materno infantile, la cui attuazione ha già conosciuto, con l'inaugurazione del nuovo ambulatorio pediatrico del Presidio Santa Maria e del nuovo reparto di Ginecologia del P.O. San Giovanni, i primi concreti riscontri operativi e che si

compirà con l'ultimazione del Nido e del reparto di Degenza ostetrica, i cui lavori sono in corso, e successivamente con la ristrutturazione degli ambienti destinati alla IVG.

I lavori hanno consentito di realizzare 4 sale travaglio – parto e area isola neonatale, 1 sala operatoria, 1 sala osservazione post partum dotata di 5 letti e spazi per le funzioni sanitarie.

Ogni sala parto è stata dedicata ad un elemento naturale: TERRA ACQUA ARIA E FUOCO.

“Servizio Dialisi per acuti” (ricoverati e accessi DEA) – Presidio Ospedaliero San Giovanni

L'Azienda ha realizzato n. 4 posti letto per il servizio di dialisi dedicati ai pazienti urgenti provenienti dal DEA e ai pazienti ricoverati, per garantire i trattamenti necessari in caso emergesse la necessità di dialisi per insufficienza renale acuta in pazienti gestiti nel percorso urgente del DEA nonché ai pazienti cronici nel periodo di ricovero presso la struttura.

L'Azienda è, infatti, da anni dotata di un Centro Dialisi ambulatoriale, ubicato nel Presidio S. Maria, e la realizzazione dei nuovi posti letto pone fine al trasferimento presso tale sede distaccata dei pazienti che si trovano in regime di ricovero.

Si tratta pertanto di un importante salto di qualità nell'erogazione dell'appropriata assistenza ai pazienti dell'ospedale con maggiore comfort per gli stessi, nel segno della sicurezza delle cure oltre che di maggiore sostenibilità per il sistema.

Certificato Oncologico Telematico introduttivo

L'emissione sarà fatta attraverso il click del medico che fa la diagnosi in modo che il malato oncologico possa subito accedere all'apertura della pratica per il riconoscimento dell'invalidità civile, senza ulteriori visite o documentazioni.

Si tratta di una semplificazione per il riconoscimento della disabilità oncologica, introdotta per alleggerire da incombenze burocratiche la vita dei cittadini più fragili, ma anche i loro familiari e caregiver.

La procedura prevede infatti che i medici oncologi dell'Azienda siano abilitati al rilascio gratuito del certificato oncologico introduttivo, ovvero lo strumento telematico per l'avvio della procedura di accertamento dell'invalidità civile per i pazienti affetti da patologie oncologiche.

Questa procedura semplificativa rientra nel percorso di umanizzazione avviato dall'Azienda, che coinvolge in maniera diretta pazienti e famiglie in un processo di sostegno e affiancamento durante l'evoluzione della patologia, tenendo conto non solo degli aspetti medici ma anche di tutta una serie di problematiche socio sanitarie e amministrative legate alla patologia oncologica.

Progetto formativo: Centrale Operativa Ospedaliera

L'Azienda ha svolto l'evento “Progetto di Formazione Centrale Operativa Ospedaliera dell'Azienda integrata con le Centrali operative territoriali promosso in collaborazione con le AASSLL Roma 1, Roma 2 e Roma 3, con il Comune di Roma e IPACS (Institutional & Public Coaching Services).

OSCAR SANITÀ 2022: Premio speciale all'Azienda per il progetto ‘VALUE BASED HEALTHCARE’

Il 10 novembre 2022 l'Azienda è stata premiata per il progetto “Value Based Healthcare” con la motivazione che lo stesso promuove la massimizzazione del rapporto fra esito delle cure e spesa sostenuta in un processo di miglioramento continuo, che mette al centro del percorso di cura la figura fondamentale della dinamica ospedaliera ovvero il paziente. Il medico non si limita più, infatti, a dispensare le sue competenze e la sua esperienza, ma è chiamato ad articolare una rete multidimensionale di cure che mette al centro il paziente e la sua partecipazione attiva. L'approccio Lean è in grado di ottimizzare i processi sanitari, correlando la qualità delle performance al valore

umano implicito nella figura del paziente, oltre che determinare migliori outcome ed esiti dei percorsi presa in carico.

**SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE,
RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA**

2.1. VALORE PUBBLICO.

Il Valore Pubblico (VP) rappresenta il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri *stakeholders* creato da un'amministrazione rispetto ad una baseline o livello di partenza.

Il Valore Pubblico indica l'incremento del benessere reale (economico, sociale, ambientale, culturale etc.) che si viene a creare presso la collettività e che deriva dall'azione dei diversi soggetti pubblici, che perseguono questo traguardo mobilitando al meglio le proprie risorse tangibili (finanziarie, tecnologiche etc.) e intangibili (capacità organizzativa, rete di relazioni interne ed esterne, capacità di lettura del bacino di utenza e di produzione di risposte adeguate, sostenibilità delle scelte, capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi).

In tempi di risorse economiche scarse e di esigenze sociali crescenti, un'amministrazione crea Valore Pubblico quando riesce a utilizzare le risorse a disposizione in modo funzionale al soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale (utenti, cittadini, *stakeholders* in generale).

Il concetto di Valore Pubblico rappresenta l'orizzonte delle performance organizzative e individuali il cui fine ultimo è il miglioramento delle condizioni di vita dell'ente (impatti effettivi interni) e dei suoi utenti e *stakeholder* (impatti effettivi esterni).

La funzione pubblica di tutela della salute rappresenta per l'Azienda il valore pubblico verso cui indirizzare tutti gli sforzi per rispondere non solo alla richiesta di erogazione di servizi sanitari di qualità, in termini di efficacia qualitativa innovativa e economica, ma anche in termini di erogazione di valore pubblico inteso come miglioramento dell'accessibilità, fruibilità, umanizzazione e facilitazione delle cure garantendo indistintamente ad ogni paziente prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specializzazione e di emergenza-urgenza.

2.1.1. Obiettivi strategici e programmazione economica

Nel corso del 2022, in linea con quanto già avviato negli esercizi precedenti, l'Azienda ha proseguito il percorso di rinnovamento dei modelli organizzativi finalizzato al miglioramento della performance economico-gestionale, puntando sull'incremento dell'offerta di salute sotteso dal miglioramento degli standard qualitativi e sostenuto da un importante piano di investimenti in attrezzature e interventi edilizi.

L'andamento economico risente, ancora una volta, di incrementi di costo non preventivabili, causati da pandemia e contesto internazionale instabile, dei fattori energetici, materie prime e manutenzioni e servizi; ad influire sul risultato economico anche il consolidamento di voci di spesa in passato marginali (*cybersecurity*) e l'esistenza di numerosi cantieri in corso.

Nel 2023, pertanto, proseguirà la reingegnerizzazione dei processi per l'abbattimento dei costi e l'incremento dell'offerta di prestazioni ai nostri cittadini.

Si prevede che, alle dinamiche economico-gestionali ordinarie, si affiancheranno anche per il 2023 quelle connesse al perdurare dell'emergenza epidemiologica COVID, che vedono AO San Giovanni Addolorata tra gli attori del sistema sanitario regionale impegnati nelle attività di conversione di posti letto ordinari e nel mantenimento di percorsi di accesso dedicati.

Di seguito si riporta un prospetto di sintesi che rappresenta, per aggregato gestionale, il bilancio di previsione 2023, redatto secondo le indicazioni fornite dai competenti uffici regionali.

120902 AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA				
ID	CONTO ECONOMICO €	Consuntivo 2021	Preconsuntivo 2022	Budget 2023
A	Totale Ricavi Netti	198.366.224	192.122.343	192.328.856
B1	Personale	141.915.314	136.545.590	142.850.135
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	31.084.194	30.901.400	33.060.000
B3	Altri Beni e Servizi	79.549.778	83.620.541	87.920.054
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	-	0	- 0
B5	Accantonamenti	10.810.334	11.841.988	11.558.748
B6	Variazione Rimanenze	674.025	-	-
B	Totale Costi Interni	264.033.646	262.909.519	275.388.937
C	Totale Costi Esterni	391.143	429.419	400.000
D	Totale Costi Operativi (B+C)	264.424.788	263.338.938	275.788.937
E	Margine Operativo (A-D)	- 66.058.565	- 71.216.595	- 83.460.081
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	12.896.390	12.649.018	12.932.982
G	Risultato Economico (E-F)	- 78.954.954	- 83.865.614	- 96.393.063

2.1.2. Linee strategiche di sviluppo

Stante la necessità di conciliare standard di cura sempre più elevati con la sostenibilità economica dell'Azienda, il 2023 vedrà imprimere una accelerazione al percorso iniziato di profonda revisione del modello organizzativo dando attuazione al nuovo Atto Aziendale (adottato con deliberazione 593/DG del 24/06/2022, recepito e approvato dalla Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria – con determinazione n. G0841 I del 28/06/2022 e pubblicato sul BURL n. 27 del 07/07/2022); l'obiettivo è duplice: aumentare e potenziare l'offerta clinica, assicurare la massima appropriatezza e qualità delle cure e perseguire un'allocazione efficace ed efficiente delle risorse impiegate.

Sarà perseguito un modello fortemente orientato alla logica per processi, con l'obiettivo di massimizzare il valore generato per la platea aziendale tutta, che tuttavia resta improntato a principi cardine quali l'equità, la qualità e l'umanizzazione delle cure:

- valutazione dell'impatto della soluzione scelta in termini di miglioramento quali-quantitativo dei livelli assistenziali: maggiore appropriatezza del sistema di risposta ai bisogni assistenziali, continuità assistenziale, riduzione dei tempi di attesa;
- dimensionamento delle strutture tale da garantire il raggiungimento della soglia minima quali-quantitativa di attività che garantisca l'efficienza gestionale, la qualità delle cure e la qualità assistenziale;
- aggregazione delle attività complementari o affini in Dipartimenti e Aree Funzionali, sviluppando le integrazioni multidisciplinari e multiprofessionali in percorsi clinici trasversali e interdipartimentali quali Team e Unit di processo;
- efficienza gestionale, in termini di rapporto tra costi di produzione e valorizzazione della produzione tariffaria e per funzioni;
- orientamento all'innovazione dei processi assistenziali e gestionali.

L'Azienda nel 2023 darà piena attuazione al nuovo assetto organizzativo che trova fondamento nella logica di integrazione in relazione alla complementarietà, interdipendenza, omogeneità e affinità dell'attività, al fine di programmare e condividere le risorse strumentali e umane nonché le

competenze e l'agire multidisciplinare, riorganizzando l'area medica e l'area chirurgica di degenza in funzione della intensità di cure e delle linee di attività elettiva e in urgenza-emergenza.

Il 2023 vedrà l'AO San Giovanni Addolorata impegnata nel miglioramento dell'offerta assistenziale mediante:

- la ristrutturazione di alcuni reparti (ortopedia, piastra bronco-gastro, rianimazione, PS, reparto pneumo-gastro)
- la digitalizzazione dei processi;
- la formazione continua del personale;
- l'umanizzazione e l'equità delle cure;
- il rinnovamento tecnologico.

E' stata completata nel 2022 la fase di attuazione del Regolamento per l'individuazione, conferimento, valutazione e revoca degli incarichi di organizzazione, di cui all'art. 14 e ss. del CCNL del Comparto Sanità del 21/05/2018, recepito con deliberazione n. 624/DG/2021, con l'assegnazione degli incarichi di funzione destinati al personale di Comparto e delineata un'organizzazione dell'Assistenza Infermieristica, Ostetrica, Tecnica e Riabilitativa coerente con:

- l'introduzione di nuovi modelli organizzativi per area omogenea sia per la linea inpatient che per la linea outpatient;
- una visione innovativa dell'organizzazione snella basata sul concetto di "valore" che riassegna le responsabilità di esito alla linea di produzione finale rappresentata dalle funzioni di coordinamento delle Unità Operative. L'incarico Organizzativo di Produzione (IOP) di struttura/servizio/piattaforma di ricovero viene pertanto individuato quale elemento strategico e trasversale dell'organizzazione sanitaria;
- l'inserimento di nuove funzioni professionali legati alle competenze clinico assistenziali e organizzative che si integrano nella dimensione clinica e che assicurano la continuità e la presa in carico dei pazienti;
- nel 2023 l'Azienda procederà con l'affidamento conclusivo degli incarichi dirigenziali previsti dal nuovo Atto aziendale.
- Inoltre saranno avviati i lavori di un tavolo di confronto con le OOSS per la definizione delle esigenze di fabbisogno del personale e per l'attuazione del nuovo CCNL del comparto.

2.1.3. Azioni e risultati attesi

Al fine di ottimizzare l'allocazione e garantire un utilizzo più razionale delle risorse umane, economiche e tecnologiche e contestualmente offrire una sempre più efficace risposta ai bisogni assistenziali e di salute dei pazienti, nel corso dell'esercizio 2023 proseguirà il percorso di rinnovamento intrapreso.

Area delle degenze mediche e chirurgiche

Nel 2023:

- si perfezionerà, alla luce dell'esperienza del 2022, l'attività di week surgery, nell'ottica di conciliare la necessità di offrire il setting adeguato al bisogno di cura del paziente e, dall'altro, grazie al decremento del personale turnante nel week-end, una migliore conciliazione dei tempi vita – lavoro dei professionisti, e la separazione dei percorsi in urgenza ed elettivi, a garanzia di maggiori standard di sicurezza riguardo le infezioni correlate all'assistenza e una migliore programmazione delle sedute operatorie per le attività elettive;
- verrà resa operativa un'area medica holding per facilitare l'accesso ai reparti dei pazienti che necessitano di ricovero e snellire le procedure del Pronto Soccorso evitando il sovraffollamento;

- l'istituzione di una Centrale Operativa Aziendale (COT), come previsto dal PNRR, consentirà di facilitare i percorsi di transizione tra Ospedale e territorio per garantire, in collegamento con le altre strutture, il setting di cura maggiormente appropriato.

L'attività chirurgica

Ci sarà la piena attuazione del Piano Strategico Aziendale per l'Attività Chirurgica (PSAAC) che si articola in obiettivi di programmazione, governo e verifica, individuando così gli strumenti per l'attuazione e il monitoraggio del percorso del paziente, dalla presa in carico ambulatoriale alla dimissione e follow-up. L'obiettivo ultimo del Gruppo Aziendale è l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e garantire la piena presa in carico in sicurezza e la valorizzazione delle professionalità aziendali.

Nell'ottica dell'efficientamento dell'attività operatoria proseguire la razionalizzazione degli interventi mediante:

- formazione e aggiornamento del personale sugli interventi individuati;
- gestione della lista operatoria settimanale e giornaliera
- monitoraggio del rispetto delle norme igienico-sanitarie e messa in atto delle azioni per la gestione del rischio clinico in sala operatoria;
- analisi periodica sull'adesione al percorso chirurgico nel Blocco Operatorio e alle criticità emerse mediante la metodologia "audit & feedback" con il coinvolgimento attivo del personale sanitario che lavora nel Blocco Operatorio.

Nel corso del 2023 proseguirà l'azione di riorganizzazione dell'attività chirurgica aziendale con l'obiettivo di limitare le inefficienze organizzative e di percorso e potenziarne la produttività.

In virtù di tale impulso congiuntamente alle manovre attuate nelle aree di degenza al fine di aumentare il turn over dei pazienti, si stima un aumento del valore della produzione e verosimilmente dei costi per dispositivi medici e di sangue ed emocomponenti.

L'attività ambulatoriale

Il progetto di riorganizzazione della linea outpatient che aveva l'obiettivo ultimo di agire sulle leve di service management al fine di migliorare il percorso del paziente ambulatoriale e la gestione degli asset produttivi attraverso la sperimentazione di pratiche gestionali innovative e che ha consentito nel 2022 di potenziare l'attività ambulatoriale troverà sviluppo ulteriore nel 2023; il risultato atteso sarà l'orientamento verso attività ambulatoriali caratteristiche di un DEA di II livello, orientando verso il territorio tutte le attività non di competenza specifica.

Le professionalità presenti in Azienda costituiscono elemento imprescindibile nella progettazione dei servizi, che si svolgono in larga parte a mezzo di una interazione tra erogatore e utente. Il servizio viene infatti erogato nella relazione con il personale, che svolge una pluralità di funzioni: orienta gli utenti nell'utilizzo dei servizi, svolge attività di produzione del servizio, definisce con l'utente le caratteristiche e il grado di personalizzazione del servizio. Rientra dunque tra le linee strategiche aziendali il miglioramento non solo dell'aspetto tecnico e operativo delle competenze, ma anche delle competenze relazionali del personale di Front Office (sanitari e staff).

Il nuovo modello organizzativo prevede dunque una diversa programmazione degli spazi e delle attività secondo criteri funzionali e il potenziamento dell'accessibilità alle prestazioni, attraverso una razionalizzazione dei percorsi.

Digitalizzazione e PNRR

Nel 2023 la parola d'ordine sarà digitalizzazione, riconfermando la centralità nella *vision* aziendale dei sistemi informatici quali fattori imprescindibili e abilitanti a supporto della gestione manageriale, del governo clinico e come leva strategica per migliorare e facilitare l'accesso ai servizi da parte dei cittadini e per svilupparne di nuovi.

Lo sviluppo di un'architettura informatica ha valenza strategica e coinvolge l'intera azienda in un'azione integrata e che richiede la cooperazione di un numero crescente di soggetti. L'innovazione non può essere infatti attuata in maniera episodica, ma deve rientrare in un processo complessivo e adeguatamente coordinato, che coinvolga l'intera organizzazione. In quest'ottica nel 2023 si procederà con una serie di progettualità, all'ombra dei finanziamenti del PNNR (Missione 6 del PNRR - Progetto 3 "Rapido avvio digitalizzazione aziendale"; Progetto 4 "Adeguare le competenze del management e degli operatori all'evoluzione tecnologica, al miglioramento della gestione e alle sfide complesse"), per migliorare il lavoro di equipe multidisciplinare mettendo a disposizione strumenti a supporto pianificazione e gestione e rendicontazione dall'ingresso del paziente fino al follow up, in un'ottica di "enterprise", che ci consentirà di affrontare preparati il *milestone* del fascicolo sanitario regionale.

L'Azienda, sempre nell'ottica di colmare il gap di conoscenze e competenze specialistiche, ha stabilito di agire su più elementi:

1. creare una rete interna di divulgatori informatici, individuando personale con abilità e predisposizione al digitale che possa essere formato e trasmettere il *know-how* all'interno dell'AO San Giovanni Addolorata;
2. attuare quanto previsto nel piano aziendale sulla sicurezza informatica, che preveda la mappatura dei rischi e gli interventi per ridurre l'impatto alle potenziali minacce informatiche.

Il 2023 vedrà l'Azienda impegnata nella realizzazione delle attività previste e finanziate dal PNRR, Missione 6 – Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, che vede fra le iniziative la COT AO San Giovanni Addolorata, l'acquisizione di tecnologie innovative, l'implementazione della digitalizzazione e l'adeguamento tecnologico del management e degli operatori, investimenti per un Ospedale sicuro e sostenibile, il servizio di telemedicina.

Le Azioni Positive

Le linee programmatiche disegnate nel Piano Triennale delle Azioni Positive, approvato con deliberazione n. 480.DG del 19/05/2022, sono di seguito rappresentate:

OBIETTIVO	<p>1. Nomina del Consigliere di Fiducia. Il Consigliere di Fiducia è la parte imparziale deputata a raccogliere nell'organizzazione lavorativa segnalazioni riguardo atti di discriminazione, molestie sessuali immorali, vicende di mobbing, e porre ad esse rimedio con tecniche di prevenzione e di risoluzione.</p> <p>2. Piano Spostamento Casa – Lavoro per la Mobilità Sostenibile.</p>
DESTINATARI	<p>1. Tutti i dipendenti dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata.</p> <p>2. Tutti i dipendenti dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata.</p>
ATTORI	<p>1. Direzione Strategica e UOC Risorse Umane</p> <p>2. Direzione Strategica, UOC Acquisizione Beni e Servizi, UOC Manutenzioni e Impianti Tecnologici, UOC Conservazione e Valorizzazione dei Beni Immobiliari- Storici, Mobility Manager e Ufficio Comunicazione Stampa.</p>
AZIONI	<p>1. Rilevazione e prevenzione di eventuali fenomeni di Mobbing e discriminazioni.</p> <p>2. Adempimento al Decreto Ministeriale Transizione Ecologica 179/2021 per la mobilità sostenibile e attenzione della Direzione Strategica a rafforzare l'idea di azienda come luogo di tutela della salute e dell'ambiente.</p> <p>Misure previste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Installazione di posti-bici aziendali sicuri, prenotabili su piattaforma informatica;

	- Riserva di posti di parcheggio auto aziendali in Carpooling;
TEMPI	Entro il 2023
INDICATORI	1. Manifestazione d'interesse atta ad individuare una professionalità adeguata a tali compiti. 2. - Utilizzo di piattaforma informatica al fine di favorire il Carpooling; - Monitoraggio dell'utilizzo da parte dei dipendenti dell'efficacia delle misure stesse.

OBIETTIVO	Benessere organizzativo e diffusione della cultura di genere
DESTINATARI	Dirigenti Sanitari e Amministrativi e titolari di RIOD/RIOP
ATTORI	Direzione Strategica, area Risorse Umane e UOSD Formazione
AZIONI	Mantenere e sviluppare le attività realizzate fino ad oggi per affermare sempre di più il diritto alle pari opportunità tra uomini e donne, prevenire e contrastare ogni forma di violenza. Il tema della parità nel suo complesso deve essere affrontato a livello culturale tramite azioni finalizzate a scardinare gli stereotipi di genere.
TEMPI	2023-2024
INDICATORI	Piano Formativo finalizzato a formare nel triennio il 70% dei destinatari del presente obiettivo.

L'Azienda, nell'ottica di un sistema di welfare aziendale, ha avviato un'iniziativa volta a facilitare percorsi di promozione sportiva e culturale, ad implementare e diffondere il benessere dei dipendenti e il miglioramento del clima aziendale.

A tal fine, ha pubblicato un avviso di manifestazione di interesse per la stipula di una convenzione finalizzata ad attivare una collaborazione con un'associazione sportiva dilettantistica allo scopo di rendere fruibili, a prezzi vantaggiosi per i dipendenti e presso strutture aziendali messe a disposizione gratuitamente, una serie di corsi e attività, non solo sportive, finalizzate a promuovere il benessere psico-fisico.

Le Azioni per l'Equità 2023-2024

Con delibera n. 1088/DG del 30/11/2022 l'Azienda ha approvato, nell'ambito del Piano Aziendale per l'Equità nella salute e nei percorsi assistenziali, le azioni orientate all'equità distinte in:

generali

- azioni per il superamento della barriera linguistica;
- azioni per il superamento delle disuguaglianze socioculturali ed economiche;
- azioni di presa in carico nei percorsi ambulatoriali di pre-ricovero e di post-ricovero;
- superamento delle disuguaglianze nelle transizioni dei pazienti tra ospedale e territorio tramite Centrale Operativa Ospedaliera (COO);
- facilitazione nell'accesso alla telemedicina per soggetti disagiati.

speciali

- azioni di superamento disequità nel percorso nascita;
- azioni di superamento disequità socio-economiche nel PDTA per tumore della mammella;
- azioni per facilitare il superamento disequità nel percorso di prevenzione del tumore della mammella nella popolazione femminile dipendente dell'Azienda;
- azioni di superamento disequità socio-economiche in ambito oncoematologico;
- azioni volte a superare le disuguaglianze nella *compliance* alle terapie prescritte attraverso la riconciliazione terapeutica;
- accordo tra ospedale e *housing* temporaneo per pazienti senza fissa dimora;

- corsi di formazione ai familiari dei pazienti fragili dal punto di vista sanitario che assumono il ruolo di caregiver per la loro assistenza.

2.2. PERFORMANCE

La performance è il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un'entità (organizzazione, unità organizzativa, individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Il suo significato si lega strettamente all'esecuzione di un'azione e ai risultati della stessa e, come tale, pertanto, si presta ad essere misurata e gestita.

La performance, nel suo sviluppo "verticale", si articola in livello strategico, livello organizzativo, livello individuale, come di seguito rappresentato:



2.2.1. Il livello strategico

Le aree strategiche costituiscono le prospettive in cui vengono idealmente scomposti e specificati il mandato istituzionale, la missione e la visione.

Le aree strategiche individuate in sede di programmazione sono di seguito riportate:



Area governo clinico

Gli obiettivi e gli indicatori appartenenti a quest'area strategica sono orientati all'incremento o al mantenimento dei volumi prestazionali, legando la qualità della salute erogata agli standard prestazionali in termini di esito, appropriatezza, umanizzazione ed equità.

Taluni obiettivi sono differenziati per regime assistenziale (ricoveri ordinari, ricoveri diurni e attività ambulatoriali) e sono particolarmente strategici per l'azienda. Rientrano in questa sezione anche obiettivi indirettamente collegati all'incremento dei volumi come la misurazione della Degenza media e il turnover dei Posti Letto.

Area governo economico

All'interno di quest'area strategica vengono declinati gli obiettivi correlati al collegamento tra il ciclo della performance, il ciclo di programmazione economico finanziaria e il bilancio. Questo ambito strategico descrive, in modo specifico, il complesso delle attività rivolte alla razionalizzazione del "consumo" dei fattori produttivi e delle risorse assegnate, alla gestione degli acquisti, degli investimenti, dei contratti e la valorizzazione del patrimonio storico.

Area governo dei processi

Questo ambito strategico descrive in via generale il complesso delle attività rivolte alla razionalizzazione/efficientamento dei percorsi organizzativi, alla digitalizzazione, alla formazione, alla sicurezza (delle cure e degli operatori), al risk management. Rientrano in questa area anche obiettivi in materia di rapporti con l'utenza e gli stakeholders, tutela della riservatezza, trasparenza e prevenzione della corruzione.

Rispetto alle aree strategiche sono definiti gli obiettivi strategici da conseguire, come rappresentati nel seguente albero della performance:

Area strategica 1 governo clinico

- obiettivo strategico 1.1 volumi e riqualificazione offerta assistenziale
- obiettivo strategico 1.2 qualità ed esito delle cure
- obiettivo strategico 1.3 governo delle liste di attesa e ALPI
- obiettivo strategico 1.4 efficacia e appropriatezza organizzativa
- obiettivo strategico 1.5 umanizzazione ed equità delle cure

Area strategica 2 governo economico

- obiettivo strategico 2.1 equilibrio economico finanziario
- obiettivo strategico 2.2 governo della spesa in capitale umano
- obiettivo strategico 2.3 governo della spesa di beni sanitari
- obiettivo strategico 2.4 governo e ottimizzazione di acquisti e investimenti
- obiettivo strategico 2.5 valorizzazione del patrimonio immobiliare

Area strategica 3 governo dei processi

- obiettivo strategico 3.1 sicurezza delle cure, SSLL, gestione sinistri e Risk management
- obiettivo strategico 3.2 PTPCT, Accountability e privacy
- obiettivo strategico 3.3 percorsi attuativi della certificabilità
- obiettivo strategico 3.4 flussi informativi
- obiettivo strategico 3.5 sviluppo organizzativo e formazione
- obiettivo strategico 3.6 rapporti con *Stackholders* e utenza
- obiettivo strategico 3.7 digitalizzazione
- obiettivo strategico 3.8 efficienza dei processi e dei percorsi organizzativi

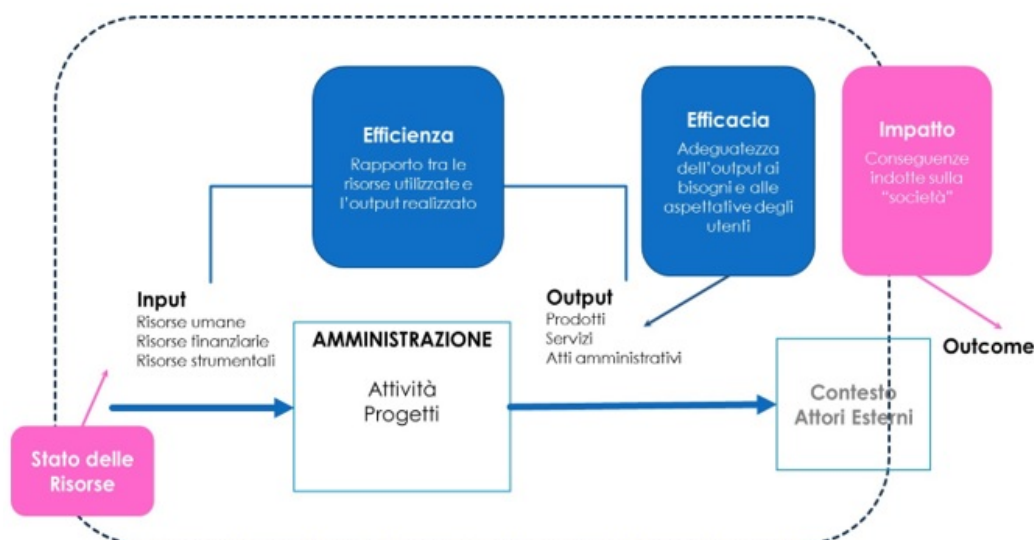
Il peso complessivo, pari a 100, è come di seguito distribuito:



2.2.2. Il livello organizzativo

La performance organizzativa è l'elemento centrale del Piano e la sua definizione è multidimensionale. Gli aspetti più rilevanti da considerare sono: l'attuazione di politiche e il conseguimento di obiettivi collegati ai bisogni e alle aspettative della collettività; l'attuazione di piani e programmi; la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi; la modernizzazione e il miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali; lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi; l'efficienza nell'impiego delle risorse; la qualità e la quantità delle prestazioni e dei servizi erogati; il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità (art. 8, d.lgs. 150/2009).

La performance organizzativa esprime il risultato che un'intera organizzazione con le sue singole articolazioni consegue ai fini del raggiungimento di determinati obiettivi e, in ultima istanza, della soddisfazione dei bisogni dei cittadini.



(fonte <https://performance.gov.it/linee-guida-il-piano-della-performance>)

Rappresentando l'amministrazione come un sistema *input/output/outcome* è possibile definire le dimensioni rilevanti per la performance organizzativa:

- Stato delle risorse, che misura la quantità e qualità delle risorse dell'amministrazione (umane, economico-finanziarie e strumentali) e il suo livello di salute;
- Efficienza, data dal rapporto tra le risorse utilizzate e l'output realizzato;
- Efficacia, ossia l'adeguatezza dell'output realizzato rispetto ai bisogni e alle aspettative degli utenti (interni ed esterni);
- Impatto, ovvero l'effetto generato dall'attività sui destinatari diretti (utenti) o indiretti

La performance organizzativa viene delineata mediante un perimetro che mette al centro efficienza ed efficacia (in blu) e considera le altre due dimensioni come complementari, in particolare lo stato delle risorse disponibili (o realisticamente acquisibili) come presupposto/vincolo alla programmazione e l'impatto atteso come riferimento ultimo degli obiettivi.

La PA crea Valore se consegue un miglioramento congiunto degli impatti esterni [economico-sociale-ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi] e interni [salute dell'ente]: per creare Valore a favore dei cittadini, favorendo la possibilità di generarlo anche per quelli futuri, l'ente deve essere efficace ed efficiente tenuto conto della quantità e della qualità delle risorse disponibili (LG 2/2017).

Gli obiettivi operativi

Ogni obiettivo strategico è articolato in obiettivi operativi per ciascuno dei quali vengono definite azioni, tempi, risorse e responsabilità organizzative connesse al loro raggiungimento.

Attraverso il sistema di budget (budgeting), gli obiettivi strategici vengono declinati in obiettivi operativi dei dirigenti e delle differenti articolazioni organizzative aziendali.

A ciascun obiettivo operativo sono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

Sono individuati specifici obiettivi per il settore del comparto afferente il Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Gli obiettivi dei singoli Centri di Responsabilità (CdR) sono concordati in sede di negoziazione, coerentemente con la natura degli stessi.

La Scheda di Budget dei singoli CdR si articola in sezioni in corrispondenza delle aree strategiche individuate.

Nell'ambito di ciascuna area vengono inquadrati gli obiettivi generali e operativi con i relativi indicatori di misurazione, specificando per ciascuno le seguenti informazioni:

- il valore di negoziazione per l'anno in corso;
- i valori di range entro i quali l'obiettivo si considera raggiunto;
- la percentuale di raggiungimento degli obiettivi;
- la percentuale di raggiungimento pesata per area strategica.

Per ciascun obiettivo è previsto un monitoraggio che può avere cadenza mensile, trimestrale o annuale a seconda della maggiore o minore disponibilità di dati in formato elettronico e della necessità, per il calcolo del singolo indicatore, di effettuare il linkage tra database distinti che necessitano, per la loro elaborazione, di operazioni sui dati più complesse di una semplice estrazione automatica.

In allegato al presente documento sono presentate le tabelle contenenti, per ciascuna area strategica, gli obiettivi selezionati (Allegato 1) i cui indicatori, valori di riferimento e relativi punteggi saranno definiti a seguito di negoziazione con i CDR con la delibera di presa d'atto del Direttore Generale.

Nel corso del triennio di vigenza del presente Piano, potranno essere apportate modifiche e integrazioni all'elenco di obiettivi e indicatori oggetto di monitoraggio, al fine di assicurare la coerenza con le nuove linee strategiche aziendali.

2.2.3. Il livello individuale

La performance individuale esprime il contributo fornito da un individuo, in termini di risultato e di modalità di raggiungimento degli obiettivi.

Tutto il personale è inserito nel sistema aziendale di valutazione individuale permanente secondo le regole previste dal SVMP vigente.

La valutazione annuale è finalizzata alla determinazione della retribuzione di risultato e alle valutazioni previste dai CCNL.

La valutazione della performance individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, in base a quanto disciplinato dai Protocolli applicativi per la gestione del Sistema di valorizzazione delle performance individuali e del connesso Sistema premiante della dirigenza e del comparto, mediante l'utilizzo della piattaforma informatica.

Tutte le attività sopra descritte avvengono secondo le modalità e i tempi previsti dal Regolamento di gestione del ciclo della performance vigente approvato con delibera 712/DG del 29/07/2022 (Allegato 2).

2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA.

La presente sezione del P.I.A.O., predisposta dal RPCT, è dedicata alla strategia dell'Azienda finalizzata alla protezione del valore pubblico attraverso la mitigazione e il contenimento del rischio corruttivo.

La prevenzione della corruzione, oltre ad essere trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di un'amministrazione, crea valore pubblico poiché previene fenomeni di cattiva amministrazione e persegue obiettivi di imparzialità e trasparenza riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa.

La sezione rischi corruttivi e trasparenza del P.I.A.O. è atto di indirizzo e di programmazione, finalizzato al miglioramento organizzativo dell'Azienda in conformità ai principi di efficienza, efficacia e buon andamento dell'azione amministrativa e persegue le seguenti finalità e obiettivi:

Gli obiettivi strategici

- ridurre il livello di esposizione dell'organizzazione al rischio corruttivo;
- rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con particolare riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- presidiare le aree di attività esposte al rischio di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo al fine di individuare le eventuali misure da introdurre nella mappatura dei processi interni per l'aggiornamento annuale della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del P.I.A.O.;
- contribuire al miglioramento del livello organizzativo di benessere della comunità di riferimento delle pubbliche amministrazioni (orizzonte di valore pubblico), mediante la riduzione del rischio di erosione del valore pubblico;
- migliorare il ciclo della *performance* in una logica integrata (*performance*, trasparenza, anticorruzione);
- consolidare un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O. integrato nel sistema di misurazione e valutazione della *performance*;
- incrementare i livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni e migliorare i flussi informativi e la comunicazione interno/esterno;
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- vigilare sull'effettiva applicazione delle misure generali obbligatorie e ulteriori in particolare nelle aree dove è maggiore il rischio corruttivo;
- integrare il sistema di monitoraggio del PTPCT o della sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O. con il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- individuare soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- monitorare il costante utilizzo degli strumenti e delle misure previste in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza ai sensi della normativa vigente e delle determinazioni e Linee guida dell'ANAC in materia;
- migliorare la qualità complessiva del sito aziendale in termini di completezza, chiarezza e intelligibilità, con particolare riferimento ai requisiti di accessibilità e fruibilità alle informazioni e ai dati;
- promuovere l'innovazione, la trasparenza e l'efficienza organizzativa quali strumenti di prevenzione della corruzione;
- rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione focalizzando l'attenzione alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale;

- digitalizzare l'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;
- promuovere attività di revisione, aggiornamento e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi).



2.3.1 Analisi del contesto esterno/interno

La valutazione del contesto esterno viene effettuata per evidenziare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

La realtà laziale e, in particolare quella della città di Roma, è indubbiamente differente dalle realtà di provincia e delle altre regioni italiane sia per il coinvolgimento a livello politico e la presenza di interessi commerciali di multinazionali sia per la presenza del turismo legato alla inestimabile bellezza paesaggistica, artistica e culturale.

L'Azienda è situata nel cuore della città; è proprietaria e al contempo custode, di un consistente patrimonio culturale, storico, archeologico, architettonico e artistico, di ragguardevole valore. Si caratterizza per la sua funzione pubblica di tutela della salute, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, garantendo interventi essenziali, efficaci, efficienti, appropriati, personalizzati e orientati all'innovazione.

L'attività clinica, di studio e di ricerca svolta nelle Aziende Ospedaliere e nelle Università della capitale e l'utilizzo di tecniche innovative e mezzi all'avanguardia favorisce gli interessi delle multinazionali che svolgono le loro attività divulgative, di ricerca e conferimento incarichi di docenza, attraverso i professionisti sanitari, creando un *humus* favorevole al verificarsi di situazioni di conflitto di interessi potenziali o concrete. Per queste ragioni, già da diversi anni, l'Azienda ha approntato diverse modulistiche di "dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse" che devono essere sottoscritte da coloro che rientrano nella situazione prevista.

La presenza di numerose strutture sanitarie, ha permesso ai sanitari di svolgere attività extraistituzionali. Nell'intento di tenere sotto controllo il fenomeno corruttivo, l'Azienda ha disposto un regolamento e apposita modulistica distinta per le attività liberalizzate e quelle non liberalizzate adottato con Deliberazione n. 1053/DG del 19.12.2020.

L'analisi del contesto interno è condotta con l'intento di identificare tutti i processi aziendali esposti al rischio corruttivo (mappatura dei processi) e stabilire misure di prevenzione atte alla prevenzione/mitigazione/eliminazione (qualora possibile) del rischio.

Mappatura dei processi

La presente sezione è stata realizzata mediante la collaborazione tra il RPCT e i Direttori/Responsabili delle UU.OO. e referenti dell'anticorruzione con i quali sono stati condivisi:

- tipologia di rischio inerente alle linee di attività di ciascuna struttura 'mappata'

- grado di rischio rilevato
- misure generali/obbligatorie e specifiche/ulteriori, atte a prevenire e a contenere il rischio medesimo

Nella scheda di rischio di ogni struttura (Allegato 3), oltre ai dati sopra indicati, sono riportati i tempi di attuazione e la rendicontazione delle misure preventive. Il singolo Referente/titolare dell'incarico di struttura con la propria sottoscrizione assume la responsabilità della individuazione dei rischi di corruzione/*mala gestio* e assume la diretta responsabilità nell'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nella scheda di rischio.

Il metodo utilizzato dall'Azienda per la gestione del rischio ha carattere inclusivo e partecipativo: deriva dal confronto tra il RPCT e i Referenti in materia considerando le indicazioni ANAC (PNA 2019, PNA 2022-2024).

In riferimento al triennio 2023-2025 è stato avviato un processo di snellimento delle mappature, tramite un lungo e proficuo dialogo con i referenti del RPCT, per quelle strutture coinvolte nel raggiungimento degli obiettivi del PNRR al fine di rendere più efficace l'applicazione delle misure per la riduzione/mitigazione del rischio corruttivo e non ingolfare l'attività di rendicontazione semestrale.

Le misure preventive - adottate dalle strutture esposte al fenomeno corruttivo e presenti nella Mappatura dei rischi - costituiscono oggetto di rendicontazione semestrale da parte dei Referenti per la prevenzione della corruzione nei confronti del RPCT. L'esito di tale monitoraggio rappresenta l'indice di efficacia delle azioni di prevenzione della corruzione già programmate e condivise e fornisce, al contempo, la base empirica per gli aggiornamenti della sezione Rischi corruttivi e Trasparenza. Annualmente il RPCT redige una relazione sull'esito dell'attività svolta e la pubblica nella sezione di Amministrazione Trasparente "Altri Contenuti > Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza" (Allegato 4).

2.3.2 Valutazione del rischio

Una corretta analisi del rischio parte da una mappatura dei processi e dalla suddivisione dello stesso in attività.

Lo strumento che consente tale scomposizione va sotto il nome di "Risk Assessment" o "Valutazione del Rischio".

Si può ricorrere alla metodologia suddetta quando si desidera valutare la pericolosità di un evento, ai fini di definire la priorità o l'urgenza delle misure necessarie per tenerlo sotto controllo.

La metodologia del Risk Assessment (determinazione del rischio associato a determinati pericoli o sorgenti di rischio) prevede le seguenti fasi:

- ✓ *Analisi preliminare del contesto*: raccolta di informazioni e di dati sui processi produttivi e/o sulle attrezzature e/o sui prodotti e/o sui materiali e/o sugli ambienti e/o servizi, ai fini dell'individuazione dei rischi;
- ✓ *Individuazione dei potenziali rischi*: mediante l'analisi delle informazioni raccolte nell'analisi del contesto, individuazione dei pericoli potenziali associati a ciascuna attività del processo.
L'associazione può avvenire secondo un approccio:
 - pratico (dati storici, reclami, risultati ispettivi, indagini);
 - teorico: brainstorming, diagrammi causa-effetto (Ishikawa diagram or Fishbone diagram), albero delle cause;
- ✓ *Analisi dei potenziali rischi*: descrizione dei comportamenti a rischio corruzione e declinazione delle relative categorie di eventi rischiosi;
- ✓ *Valutazione dei rischi*: stima della probabilità di accadimento e di impatto/effetto che può determinare, tenendo conto delle eventuali misure preventive già in essere, per ogni pericolo individuato.

Per valutare il rischio si utilizza una “scala relativa” che indica la severità dell’evento inatteso e la probabilità di accadimento di tale evento.

L’ output di un risk assessment (indice di priorità del rischio) può essere una stima del rischio:

- quantitativa (numero)
- qualitativa (alto / medio / basso)

La stima del rischio viene visualizzata tramite una matrice (“matrice di rischio”).

Il punteggio assegnato (scala) al rischio è di tipo soggettivo, ma il razionale deve essere chiaro e definito.

La FMEA (failure mode and effect analysis) come metodo di risk assessment

La FMEA è l’analisi sistematica del rischio in sistemi o processi complessi con lo scopo di riconoscere, comprendere, limitare e porre rimedio a potenziali rischi e quindi evitarli.

La tecnica metodologica della FMEA permette di:

- individuare preventivamente i potenziali rischi che possono verificarsi in un processo;
- determinare le cause riferite al processo;
- valutarne gli effetti;
- quantificare gli indici di rischio e stabilire le priorità di intervento per eliminare alla radice le cause e migliorare i sistemi di controllo;
- identificare le opportune azioni correttive/preventive e valutarne l’impatto complessivo sugli indici di rischio.

L’applicazione sistematica e completa della metodologia di cui sopra consente anche di:

- disporre di una mappatura sempre aggiornata dei processi e delle loro eventuali criticità;
- documentare e storicizzare i miglioramenti attuati o in essere.

Di seguito si riporta la matrice utilizzata per la valutazione del rischio, che è composta da due vettori (probabilità e impatto)

IMPATTO PROBABILITA'	BASSO	MEDIO	ALTO
ALTO	Medio	Alto	Alto
MEDIO	Basso	Medio	Alto
BASSO	Basso	Basso	Medio

Nello specifico il valore del rischio di un evento corruttivo è calcolato come il prodotto della probabilità dell’evento per l’intensità del relativo impatto:

Rischio = Probabilità x Impatto

Legenda

PROBABILITA	
Bassa	Poco Probabile
Media	Probabile
Alta	Molto probabile

IMPATTO	
Bassa	Minore
Media	Soglia/accettabile
Alta	Serio

2.3.4 Trattamento del rischio

Le misure di prevenzione e per la trasparenza sono a protezione del valore pubblico e al contempo produttive di valore pubblico.

In relazione alla loro portata possono definirsi:

- generali/obbligatorie: discendono dalla Legge o da altra forma normativa, sono obbligatorie per tutti senza alcuna esclusione e saranno oggetto di monitoraggio e valutazione della performance, intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione e per la loro stabilità nel tempo;
- specifiche/ulteriori: sono individuate durante l'analisi del rischio in accordo tra i Referenti e il RPCT, incidono su problemi specifici e sono rese obbligatorie dall'inserimento nel PTPCT/sezione P.I.A.O. Anche queste misure sono oggetto di monitoraggio e valutazione della performance;

Misure generali/obbligatorie

- elaborare la **Mappatura** dei processi e delle aree di attività maggiormente soggette al fenomeno corruttivo, in collaborazione con i Referenti delle singole strutture e il RPCT, per la condivisione di misure generali e specifiche correlate ai rispettivi processi;
- attivare un programma di **reportistica informatizzata** che i Referenti/Direttori delle strutture esposte al rischio-illegalità devono inviare con cadenza semestrale al RPCT, ai fini del monitoraggio e della rendicontazione, illustrando le specifiche misure adottate *de facto* nell'attività svolta (misure indicate nella distinta mappatura del rischio e/o eventuali misure aggiuntive);
- pubblicare nel sito web istituzionale entro il 31 gennaio di ogni anno, o altra data indicata dall'ANAC, la scheda – questionario in formato Excel, relativa all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel PTPC per l'anno precedente (dal 2023 sezione Rischi corruttivi e Trasparenza del P.I.A.O.);
- sul piano operativo, assicurare coordinamento e dialogo tra uffici e relative banche dati, soprattutto per esigenze di collaborazione con il RPCT;
- sul piano regolamentare, attuare un concreto raccordo tra i piani aziendali (PTPCT, piano della performance, piano della formazione, piano delle azioni positive, piano triennale del fabbisogno, Piano Organizzativo del Lavoro Agile) per l'aggiornamento e il miglioramento del Piano Integrato di Attività e Programmazione e addivenire ad una pianificazione coerente e condivisa;

- assicurare la massima diffusione del PTPCT contenuto nel P.I.A.O. attraverso l'informativa alle OO.SS., la consultazione preventiva dell'O.I.V. e delle Associazioni e/o Organizzazioni portatrici degli interessi collettivi; la pubblicazione del documento nel sito web istituzionale (*Internet e Intranet*, valore di notifica) per la generalità dei dipendenti, dell'utenza e di tutti coloro che abbiano interesse a contribuire al miglioramento del Piano;
- effettuare **verifiche a campione**, d'ufficio o su segnalazione, secondo le modalità delle autocertificazioni e dichiarazioni sostitutive di atto notorio, presentate da soggetti esterni o dai dipendenti ai sensi degli artt. 46 e 47, del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.. Le modalità per l'esecuzione della verifica sono quelle notoriamente dettate dall'art. 71 del medesimo D.P.R. I controlli possono avere carattere preventivo o successivo, rispetto all'adozione del provvedimento finale, e debbono essere eseguiti in tutti gli ambiti di attività in cui vengano ricevute autocertificazioni e dichiarazioni sostitutive (a titolo esemplificativo, per approvvigionamenti e gare, assunzione di personale, riconoscimento di pregresso stato giuridico dei dipendenti, autorizzazione di attività *extra*-istituzionale, riconoscimento di benefici giuridici ed economici, concessione di sussidi o sovvenzioni, ecc.), particolarmente nelle aree soggette a maggior rischio di corruzione come individuate *ex lege* (art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012);
- aggiornare periodicamente la specifica modulistica da utilizzare per regolare i potenziali casi di **conflitto di interessi** nei procedimenti caratterizzati dal rischio-corruzione, per acquisire preventivamente dai dipendenti, all'atto di assegnazione all'ufficio, una dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'insussistenza del conflitto di interessi per la nomina delle commissioni di concorso (allegato 6 E al PTPCT 2017/2019). Tutti i modelli di dichiarazione di conflitto di interesse sono pubblicati sul portale aziendale -modulistica- modelli di assenza conflitto di interesse e patti di integrità. La modulistica è reperibile al seguente link [Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata \(hsangiovanni.roma.it\)](http://Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata (hsangiovanni.roma.it))
- istituire un registro dei conflitti di interesse contenente tutte le dichiarazioni di assenza e/o presenza di situazioni di conflitto di interessi per incarichi individuali, consulenziali o in commissioni di concorso o di gara. Il registro consente una completa, corretta e tempestiva tracciatura dei conflitti di interesse agevolando le attività di vigilanza e controllo (soprattutto per quelle strutture a cui sono stati assegnati obiettivi PNRR).
- gestire la procedura informatizzata, già predisposta, per l'istituto del c.d. **Whistleblowing** o *Segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti*, caratterizzata da una tutela rinforzata della riservatezza, ai sensi dell'art. 54-bis del d.lgs. n.165/2001 e s.m.i. e modificato dalla legge 30.11.2017 n. 179 (*cf. par. 1.8.2*); sostenere il canale comunicativo con l'esterno già attivato parallelamente dalla U.O.S.D. U.R.P.; utilizzo Linee guida ANAC (Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001-delibera n. 469 del 9 giugno 2021); implementazione delle misure operative come indicato nel PNA 2022;
- dare attuazione al c.d. '**divieto di Pantouflage o Revolving doors**'. Nelle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, d.lgs. n. 165/2001 il divieto si applica:
 - ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
 - ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato
 - ai titolari degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013

Ad essi è precluso, nei tre anni successivi alla conclusione del rapporto di lavoro, avere rapporti professionali con i soggetti privati nei cui confronti siano stati esercitati poteri autoritativi o negoziali nell'ultimo triennio.

In coerenza con la finalità dell'istituto in argomento quale presidio anticorruzione, nella nozione di dipendenti della pubblica amministrazione sono da ricomprendersi anche i titolari di uno degli incarichi di cui all'art. 21 del d.lgs. 39/2013. Sono, infatti, assimilati ai dipendenti della PA anche i

soggetti titolari di uno degli incarichi previsti dal d.lgs. n. 39/2013 espressamente indicati all'art. 1, ovvero gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni e esterni, gli incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico.

Per il triennio 2023-2025 il RPCT farà riferimento alle misure operative contenute nel PNA 2022.

- attuare la **rotazione del personale**, quale misura di carattere preventivo e successivo;
- introdurre i **Patti di integrità per l'affidamento di commesse** negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito - predisposti dalle UU.OO. istituzionalmente legittimate con l'espresso avviso che il mancato rispetto delle clausole in essi contenute è causa di esclusione dalla gara, ex art. 1, comma 17, Legge n. 190/2012 (*allegato 8 al PTPCT 2017/2019*);
- assicurare il principio della **rotazione degli affidamenti a ogni tipologia di fornitore**;
- attuare la **formazione del personale**, generica e specifica (sulle materie istituzionali nonché sulla normativa anticorruzione ad esse applicata), individuando annualmente i nominativi del personale da destinare a specifico aggiornamento, d'intesa tra i Referenti per la prevenzione della corruzione e il RPCT e i dirigenti;
- assicurare gli **adempimenti sulla Trasparenza**, con pubblicazione nel sito web istituzionale dei dati sui provvedimenti adottati dall'Amministrazione nelle aree prescritte dal legislatore (art.1, comma 16, Legge n. 190/2012); alimentare periodicamente la pubblicazione delle informazioni prescritte dal D. Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, nella sezione del sito web aziendale denominata "Amministrazione Trasparente" o secondo le prescrizioni della presente sezione e nella Griglia contenente gli obblighi di pubblicazione (Allegato 5). Quanto sopra finalizzato a consentire il controllo sulle decisioni aziendali da parte dei soggetti esterni e, in modo particolare, sulle attività più esposte al rischio di corruzione, ex art. 1, comma 9, lett. b), della Legge n. 190/2012;
- monitorare l'effettivo rispetto dei termini procedurali nelle strutture organizzative, a cura dei Referenti, con progressiva eliminazione delle anomalie (art. 1, co. 28, Legge n.190/2012) e con giustificazione di eventuali scostamenti/deroghe in sede di rendicontazione semestrale;
- garantire la completa tracciabilità dei processi e dei procedimenti amministrativi nonché l'accesso telematico ai dati mediante l'informatizzazione degli stessi, con monitoraggio da parte dei Referenti, per fornire tempestivamente ai richiedenti/aventi diritto le notizie sullo stato di avanzamento, sui tempi, sul nominativo del responsabile del procedimento, ivi compresa l'indicazione dell'indirizzo-PEC aziendale per le comunicazioni, oppure fornendo agli aventi diritto i riferimenti per il collegamento ipertestuale ai provvedimenti già pubblicati nel sito web istituzionale. Ciò concorrerà a potenziare sia l'apertura dell'Amministrazione verso l'esterno, anche per via telematica, sia le forme di controllo diffuso sull'attività istituzionale da parte dell'utenza;
- assicurare la trattazione dei procedimenti in ordine cronologico, salvo eccezionali ragioni, onde evitare possibili favoritismi da parte del personale preposto;
- garantire la verbalizzazione degli incontri di lavoro, al fine di ufficializzarne i contenuti e gli accordi e di consentire la tracciabilità dei processi;
- obbligo del rispetto e applicazione del **codice di comportamento** adottato con deliberazione n. 730/DG del 02.08.2018 e trasmissione al RPCT di una relazione illustrativa degli atti posti in essere dal responsabile della struttura e dei risultati di monitoraggio interno;
- rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali;
- rispetto e applicazione di tutte le disposizioni aziendali emanate ed emanande.

Misure specifiche/ulteriori

- condurre verifiche periodiche sulle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà rilasciate dai dipendenti; adottare specifica modulistica per gli incarichi extra-istituzionali da essi svolti al di

fuori dell'orario di servizio e soggetti ad autorizzazione datoriale ex art. 53 D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.; pubblicare in forma aggregata (elenco massivo) i dati delle autorizzazioni già definite, in apposita sezione del sito web istituzionale;

- intensificare la collaborazione tra RPCT, DPO, Controllo Interno, ICT, Programmazione e Controllo e U.R.P. e, in particolare, continuare a sostenere presso l'U.R.P. l'apposito canale di comunicazione istituito per acquisire eventuali segnalazioni della cittadinanza su presunti episodi di corruzione e/o conflitto di interessi, da trasmettere tempestivamente al RPCT per l'istruttoria;
- adottare Regolamenti/Codici interni e adeguare alla normativa anticorruzione quelli già esistenti, anche al fine di disciplinare le attività istituzionali secondo criteri oggettivi e predeterminati, atti a contenere la discrezionalità e ad eliminare eventuali episodi di 'favoritismo';
- regolare l'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, mediante circolari o direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali debba essere motivato;
- dare informazione della disciplina nazionale e aziendale -in tema di prevenzione della corruzione- al personale di nuova assunzione o immesso in servizio a seguito di mobilità, mediante esibizione della normativa o più semplicemente attraverso l'indicazione dei *links* per la consultazione informatica dei testi normativi, con informazione dell'esistenza in Azienda dell'Ufficio del Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione; continuare a richiamare la disciplina anticorruzione (la Legge n. 190/2012, il PTPCT 2022-2024, il Sezione Rischi Corruttivi e trasparenza del P.I.A.O., il Codice di comportamento) nei contratti individuali di lavoro di nuova stipulazione;
- applicare il codice di comportamento aziendale adottato con deliberazione n. 730/DG del 02 agosto 2018, tenuto conto delle linee guida ANAC di cui alla deliberazione 358 del 29 marzo 2017 avente ad oggetto: "*Linee guida per l'adozione del codice di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale*";
- condurre verifiche sulla ricorrenza delle situazioni di incompatibilità e di inconfiribilità, all'atto del conferimento di un incarico, come descritte nel D. Lgs. n. 39/2013, per il quale è stato predisposto apposito modello di dichiarazione (allegati 6 G- 6H al PTPCT 2017/2019, PNA 2022-2024). In proposito si prende atto delle indicazioni fornite dall'A.N.AC. con la Delibera n.149 del 22.12.2014, che è interpretativa del D.Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario e modificativa del parere rilasciato con Delibera n. 58/2013 dall'ex Civit;
- aderire agli obblighi di pubblicazione in attuazione del D. Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, delle linee guida attuative e come indicato nella Griglia allegata al presente P.I.A.O. (Allegato 5).

Le misure specifiche assegnate a ciascuna unità operativa sono presenti nelle mappature dei processi (Allegato 3).

Coerentemente con quanto indicato dalle Linee Guida di controllo e rendicontazione PNRR sono stati inseriti controlli in merito alla rendicontazione delle spese all'Amministrazione Centrale che di seguito si riportano:

- verifica sul sistema di svolgimento dei controlli di regolarità amministrativo - contabili previsti dalla normativa vigente;
- misure ex ante di prevenzione e contrasto dei conflitti di interesse;
- verifica sul titolare effettivo;
- misure per il rispetto delle condizionalità specifiche, del principio DNSH, dei principi trasversali

PNRR e di tutti i requisiti previsti dalla Misura a cui è associato il progetto compreso l'eventuale contributo all'indicatore comune.

(Fonte PNA 2019; PNA 2022-2024 e relativi allegati, Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori Vers. 1.0 (agosto 2022))

2.3.5 Programmazione e attuazione della trasparenza

L'art. 1 c. 8 della L. 190/2012, come modificato dall'art. 41 c. 1 lett. g) del D.Lgs. 97/2016, stabilisce che gli obiettivi strategici in materia di trasparenza costituiscono elemento necessario nella sezione del PTPCT relativa alla trasparenza.

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 33/2013 nella sezione "Amministrazione Trasparente" si indicano i nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione, alla elaborazione e alla pubblicazione di tali dati. Nella griglia di rilevazione degli obblighi per la pubblicazione, allegata al presente documento (Allegato 5), sono indicati i nominativi dei soggetti e degli uffici responsabili tenuti a tale adempimento.

In particolare nella griglia allegata al presente Piano:

- sono stati individuati gli obblighi di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività dell'Azienda previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.; in essa sono indicati sia i nuovi dati la cui pubblicazione obbligatoria è prevista dal D.lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.lgs. n. 97/2016 sia quelli che in virtù di quest'ultimo decreto legislativo, non sono più da pubblicare obbligatoriamente
- sono stati identificati gli uffici responsabili dell'elaborazione, della trasmissione e della pubblicazione dei dati
- sono state definite le tempistiche per la pubblicazione, l'aggiornamento e il monitoraggio
Si ribadisce, anzitutto, l'importanza di osservare i criteri di qualità delle informazioni pubblicate sui siti istituzionali ai sensi dell'art. 6 del d.lgs. 33/2013: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.
Si ritiene opportuno ribadire che nel presente documento si attuano le seguenti misure contenute, peraltro, quali indicazioni operative, nelle Linee guide approvate con Deliberazione n. 1310/2016 dell'ANAC e nel PNA 2022-2024 e relativi allegati);
- esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione: l'utilizzo, ove possibile, delle tabelle per l'esposizione sintetica dei dati, documenti e informazioni, per incrementare il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei dati, assicurando agli utenti della sezione "Amministrazione trasparente" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili
- indicazione della data di aggiornamento del dato, documento e informazione: è previsto, quale regola generale, di esporre in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente" la data di aggiornamento, distinguendo quella di "iniziale" pubblicazione da quella del successivo aggiornamento.

L'art. 8 del d.lgs. 33/2013 disciplina la durata ordinaria della pubblicazione fissata in cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione (co. 3), fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa per specifici obblighi (art. 14, co. 2 e art. 15 co. 4) e quanto già previsto in materia di tutela dei dati personali e sulla durata della pubblicazione collegata agli effetti degli atti pubblicati.

Al RPCT è assegnato un ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione, ma non sostituisce gli uffici, come individuati nell'Allegato 5, nell'elaborazione nella trasmissione e nella pubblicazione dei dati. Svolge stabilmente un'attività di controllo assicurando, ai sensi dell'art. 43, c. 1 d.lgs. n. 33/2013, la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

Gli uffici cui compete l'elaborazione dei dati e delle informazioni sono stati chiaramente individuati nella tabella e generalmente coincidono con quelli tenuti alla trasmissione dei dati per la pubblicazione.

Il monitoraggio del rispetto degli obblighi viene effettuato sia semestralmente con tutti i referenti del RPCT che in maniera costante sulla totalità dei medesimi.

Gli adempimenti relativi alla trasparenza e integrità di cui al presente Programma riguardano tutte le strutture in cui è articolata l'Azienda. Unitamente agli adempimenti previsti dal presente piano per la prevenzione della corruzione, sono parte integrante degli obiettivi strategici dell'Azienda.

Elemento essenziale della programmazione degli obiettivi di trasparenza è la pubblicazione della Griglia contenente gli obblighi di pubblicazione messa a disposizione dall'ANAC e la costante attuazione di tali obblighi. Nella griglia sono indicati i nominativi o i responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione. Nella griglia di rilevazione degli obblighi (Allegato 5) non potrà mancare, per ciascun obbligo, l'espressa indicazione dei soggetti e gli uffici responsabili di ognuna delle citate attività. È previsto che chi detiene il dato sia anche colui che lo elabora e lo trasmette per la pubblicazione o che lo pubblica direttamente nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente". L'individuazione dei responsabili delle varie fasi del flusso informativo è anche funzionale al sistema delle responsabilità previsto dal d.lgs. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016.

È in ogni caso consentita la possibilità di indicare, in luogo del nominativo, il responsabile in termini di posizione ricoperta nell'organizzazione, purché il nominativo associato alla posizione sia chiaramente individuabile all'interno dell'organigramma dell'ente. Si tratta, peraltro, in questo caso di una soluzione analoga a quella già adottata in tema di responsabilità dei procedimenti amministrativi di cui all'art. 35 del d.lgs. 33/2013.

L'Azienda proseguirà con azioni di miglioramento della comunicazione con i propri *stakeholders* esterni e interni.

Sul fronte interno, l'obiettivo è massimizzare la responsabilizzazione del personale sull'applicazione dei principi di trasparenza e di rendicontazione verso il cittadino, sui contenuti, sui modi, sugli standards di erogazione dei servizi previsti nella Carta dei servizi e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, principalmente mediante pubblicazione sul sito istituzionale e mediante strumenti web ritenuti idonei al dialogo, alla consultazione e alla partecipazione allargata.

Grazie all'implementazione della nuova sezione "Amministrazione Trasparente" nel corso del 2022 l'Azienda ha provveduto ad innovare l'immagine della sezione e a rendere più accessibile per tutti i cittadini e *stakeholders*, ma soprattutto a suscitare una maggiore consapevolezza su questa tematica.

Trasparenza nei contratti pubblici

La L. n. 190/2012 (art. 1, co. 32) dispone che le pubbliche amministrazioni assicurino livelli essenziali di trasparenza rispetto alla scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del Codice.

Per questo la stessa legge ha previsto espressamente che le stazioni appaltanti sono in ogni caso tenute a pubblicare:

- la struttura proponente

- l'oggetto del bando
- l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte
- l'aggiudicatario
- l'importo di aggiudicazione
- i tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura
- l'importo delle somme liquidate

L'Autorità ha fornito una elencazione dei dati, atti e informazioni da pubblicare nell'Allegato I) alla delibera I 310/2016 e nella delibera I 134/2017.

Tuttavia, le modifiche nel frattempo intervenute alle disposizioni normative nonché gli orientamenti espressi dalla giurisprudenza riguardanti l'accessibilità degli atti delle procedure di gara hanno reso necessaria una revisione dell'elenco anche per declinare gli atti della fase esecutiva inclusi ora in quelli da pubblicare.

L'Allegato 9 del PNA 2022 elenca, per ogni procedura contrattuale, dai primi atti all'esecuzione, gli obblighi di trasparenza in materia di contratti pubblici oggi vigenti cui le amministrazioni devono riferirsi per i dati, atti, informazioni da pubblicare nella sotto-sezioni di primo livello "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente" per consentire una migliore comprensione dello svolgimento delle procedure contrattuali.

Al fine di limitare gli oneri di pubblicazione si rammenta che lo stesso d.lgs. 33/2013 all'art. 9, co. I prevede che la pubblicazione possa essere sostituita da un collegamento ipertestuale alla sezione del sito in cui sono presenti i relativi dati, informazioni o documenti.

Il Codice dei contratti pubblici reca la disciplina di carattere generale in materia di trasparenza all'art. 29, co. I, disponendo, in senso molto ampio e generale, sulla pubblicazione di tutti gli atti delle procedure di gara.

Trasparenza e PNRR

Secondo quanto indicato nel PNA 2022 in assenza di indicazioni della RGS sugli obblighi di pubblicazione sull'attuazione delle misure del PNRR - si darà attuazione alle disposizioni del d.lgs. n. 33/2013.

In un'ottica di semplificazione e di minor aggravamento, laddove i dati rientrano in quelli da pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente" ex d.lgs. n. 33/2013, possono inserire in A.T., nella corrispondente sottosezione, un link di rinvio alla sezione dedicata all'attuazione delle misure del PNRR.

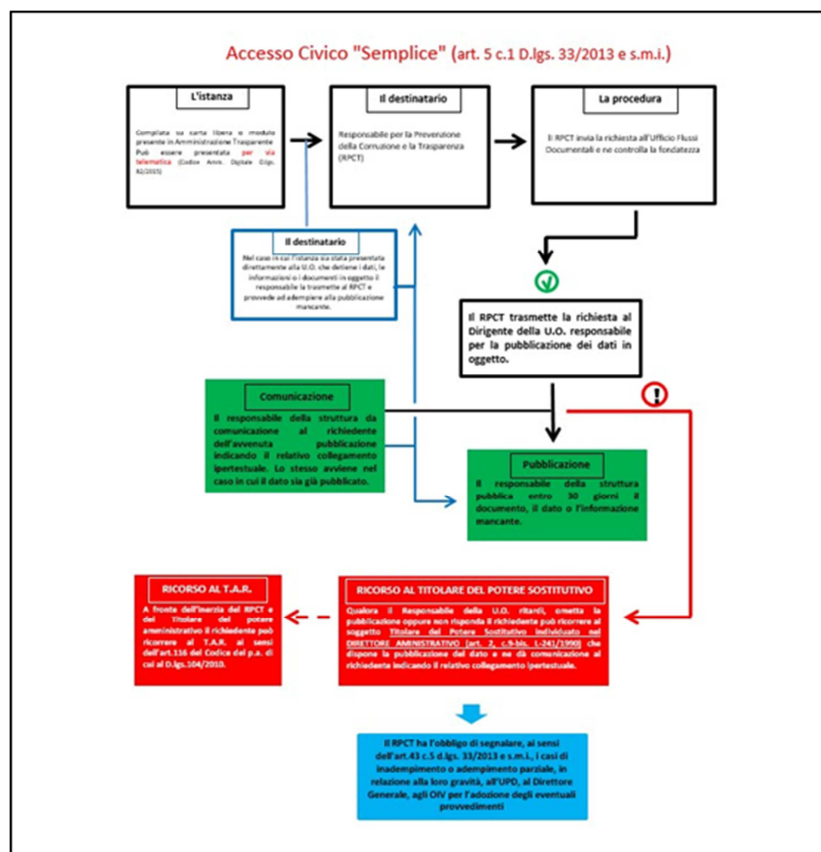
Al fine di garantire la piena conoscibilità degli interventi PNRR il RPCT vigilerà sull'attuazione dei seguenti obblighi:

- ✓ l'obbligo di conservazione e archiviazione della documentazione di progetto (anche in formato elettronico). Tali documenti, utili alla verifica dell'attuazione dei progetti, dovranno essere sempre nella piena e immediata disponibilità dell'Amministrazione centrale stessa, della Ragioneria Generale dello Stato (Servizio centrale per il PNRR, Unità di missione e Unità di *audit*), della Commissione europea, dell'OLAF, della Corte dei Conti europea (ECA), della Procura europea (EPPO) e delle competenti Autorità giudiziarie nazionali, anche al fine di permettere il pieno svolgimento delle fasi di monitoraggio, verifica e controllo. ;
- ✓ l'obbligo di tracciabilità delle operazioni e la tenuta di apposita codificazione contabile per l'utilizzo delle risorse PNRR.

Per le misure di rischio inserite nella mappatura si rinvia all'apposita sezione.

Accesso civico (art. 5, comma I del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.)

L'accesso civico si qualifica quale diritto di chiunque di accedere agli atti, documenti, informazioni o dati per i quali sussiste lo specifico obbligo di pubblicazione da parte della pubblica amministrazione, nell'eventualità in cui essa non vi abbia già spontaneamente provveduto.



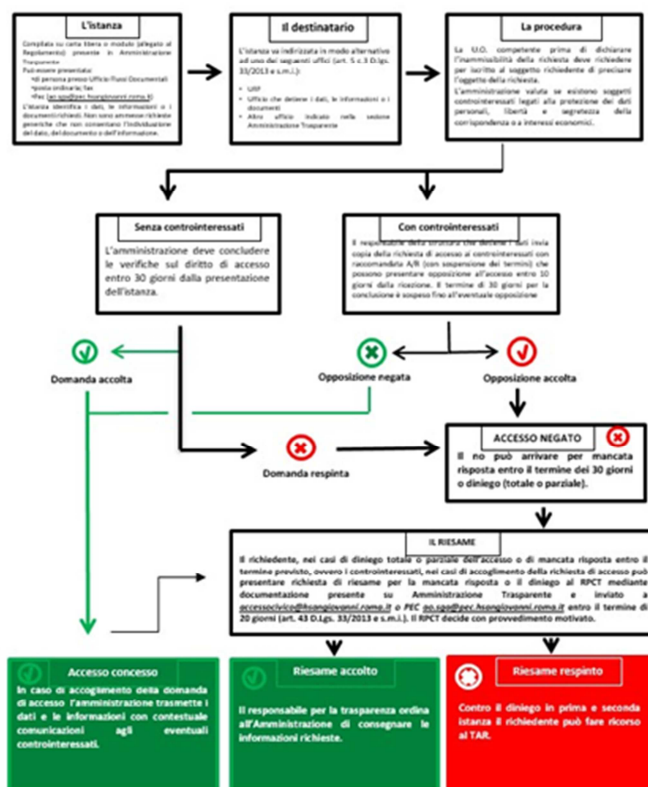
Flowchart accesso civico “semplice”

Accesso generalizzato (art. 5, comma 2, del D.Lgs. n. 33/2013, e s.m.i.)

L'Accesso civico generalizzato (o accesso FOIA) si qualifica quale diritto di chiunque, senza alcun onere motivazionale, di richiedere dati e documenti ulteriori rispetto a quelli che le amministrazioni sono obbligate a pubblicare ai sensi del d.lgs. 33/2013 e s.m.i.

Trattasi, dunque, di dati e documenti in relazione ai quali pur non sussistendo alcun obbligo di pubblicazione in capo alla Pubblica Amministrazione, quest'ultima è comunque tenuta a fornirli al richiedente, ove ne venga fatta apposita istanza, sempre che ciò avvenga nel rispetto dei limiti espressamente sanciti dal co. 5 bis del decreto *de quo*.

Accesso Generalizzato (art. 5 c.2 D.lgs. 33/2013 e s.m.i.)



Flowchart accesso civico generalizzato

Il Consiglio di Stato (Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato n. 10 del 2020) ha ritenuto applicabile il FOIA (*Freedom of Information Act*) agli atti delle procedure di gara, anche con riferimento alla fase esecutiva del contratto. Ciò fatte salve le verifiche della compatibilità con le eccezioni relative di cui all'art. 5-bis, co. 1 e 2, del d.lgs. n. 33/2013, a tutela di interessi pubblici e privati, nel bilanciamento tra il valore della trasparenza e quello della riservatezza.

Laddove non vi sia un obbligo di pubblicazione di atti, documenti e informazioni, la stazione appaltante è tenuta comunque ad assicurare la conoscibilità degli stessi, da valutare sempre nel rispetto delle condizioni sopra richiamate (PNA 2022-2024).

Resta ferma, in ogni caso, la possibilità per le amministrazioni aggiudicatrici e gli enti aggiudicatori, in un'ottica di rafforzamento della trasparenza, di pubblicare, nella sezione "Amministrazione trasparente", dati, informazioni, documenti come "dati ulteriori" rispetto a quelli obbligatori, procedendo, ai sensi dell'art. 7-bis, co. 3, del d.lgs. n. 33/2013, a oscurare i dati personali presenti e nel rispetto degli stessi limiti indicati per l'accesso civico generalizzato.

Accesso agli atti ex L. 241 del 78.1990 e s.m.i.

L'accesso generalizzato deve essere tenuto distinto anche dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (d'ora in poi "accesso documentale"). La finalità dell'accesso documentale ex l. 241/90 è, in effetti, ben differente da quella sottesa all'accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà - partecipative e/o oppositive e difensive - che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo, ai fini dell'istanza di accesso ex lege 241 il richiedente

deve dimostrare di essere titolare di un “interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso”.

La legge 241/90 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato. Invece, il diritto di accesso generalizzato, oltre che quello “semplice”, è riconosciuto proprio “allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico”.

Dunque, l'accesso agli atti di cui alla L. 241/90 continua certamente a sussistere ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non) operando sulla base di norme e presupposti diversi.

L'esercizio del diritto di accesso, nelle fattispecie descritte nei paragrafi precedenti, è regolamentato con deliberazione n. 302/DG del 29 marzo 2018, intitolato “Regolamento per l'esercizio di accesso ai documenti amministrativi e sanitari, per il diritto di accesso civico e per il diritto di accesso civico generalizzato” pubblicato nel sito web nella sezione “Amministrazione Trasparente – Disposizioni generali – Atti generali – Atti amministrativi generali e Amministrazione Trasparente – Altri contenuti – Accesso civico”.

Tutta la documentazione per rendere possibile l'accesso è reperibile al seguente link

<https://hsangiovanni.portaletrasparenza.net/it/trasparenza/altri-contenuti/accesso-civico.html>

Si indicano di seguito i *link* di riferimento, ad uso dei dipendenti, per la consultazione della normativa e della documentazione sulla prevenzione della corruzione, di livello nazionale e decentrato/aziendale.

PIANO NORMATIVO DI RIFERIMENTO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

(osservato per la redazione del presente PTPCT e atto a richiamare le principali norme in materia, e ai fini di consultazione e di approfondimento individuale)

- Legge n. 190/2012;
- Legge n. 114/2014, modificativa dell'art. 54-bis, D Lgs. n. 165/2001;
- D. Lgs. n. 165/2001 (T.U. sul pubblico impiego);
- D. Lgs. n. 39/2013;
- D. Lgs. n. 33/2013, modificato dal D. Lgs. n. 97/2016
- Circolare n. 1/2013;
- Circolare n. 6/2014 del Dipartimento Funzione Pubblica;
- Delibera n. 149 del 22.12.2014, emessa dall'A.N.AC.;
- D.Lgs. 163/2006;
- Legge n. 69/2015;
- Legge n. 124/2015;
- Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 ANAC;
- Deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016;

- Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2 del D. Lgs. 33/2013 – Art. 5-bis, comma 6, del D. Lgs. n. 33 del 14.03.2013 recante “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” approvate con Deliberazione n. 1309 del 28 dicembre 2016 dell'ANAC;
- Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. 33/2013 come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016 approvate con Deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016 dell'ANAC;

- schema di “Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art. 14 del D. Lgs. n. 33/2013 “Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali” come modificato dall’art. 13 del D. Lgs. n. 97/2016” attualmente in consultazione sul sito ANAC;
- Determinazione dell’ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 recante «Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblowing);
- Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019;
- Delibera ANAC n.382 del 12 aprile 2017;
- Delibera ANAC n.586 del 26 giugno 2019;
- Delibera ANAC n.469 del 9 giugno 2021;
- D.L. 31 dicembre 2020 n. 18 (convertito con modificazioni dalla L. 26 febbraio 2021, n.21);
- D.L. 30 dicembre 2021, n. 228;
- D.L. 9 giugno 2021, n. 80 (conv. con L. 6 agosto 2021, n. 113);
- Delibera ANAC n.158 del 30 marzo 2022;
- Delibera ANAC n. 1 del 12 gennaio 2022; Documento “Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022 (Approvato dal consiglio dell’Autorità in data 02/02/2022).
- DECRETO 30 giugno 2022, n. 132
- PNA 2022-2024 e relativi allegati approvato con delibera n.7 del 17 gennaio 2023.
Linee Guida per lo svolgimento delle attività di controllo e rendicontazione degli interventi PNRR di competenza delle Amministrazioni centrali e dei Soggetti attuatori Vers. 1.0 (agosto 2022)
Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001- delibera n. 469 del 9 giugno 2021 “Regolamento per l’esercizio della funzione consultiva svolta dall’Autorità nazionale anticorruzione ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei relativi decreti attuativi e ai sensi del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, al di fuori dei casi di cui all’art. 211 del decreto stesso”.
- 55 Cfr. PNA 2019, Parte III § 1.8 “Divieti post-employment (pantouflage)” che sarà aggiornato dalle LLGG in corso di elaborazione.

Si indicano di seguito i *link* di riferimento, ad uso dei dipendenti, per la consultazione della normativa e della documentazione sulla prevenzione della corruzione, di livello nazionale e decentrato/aziendale.

Per la consultazione via Internet:

- Amministrazione Trasparente
<https://hsangiovanni.portaletrasparenza.net/>
- Casella Whistleblowing:
<https://whistleblowing.hsangiovanni.roma.it/>
- Accesso Civico
<https://hsangiovanni.portaletrasparenza.net/it/trasparenza/altri-contenuti/accesso-civico.html>

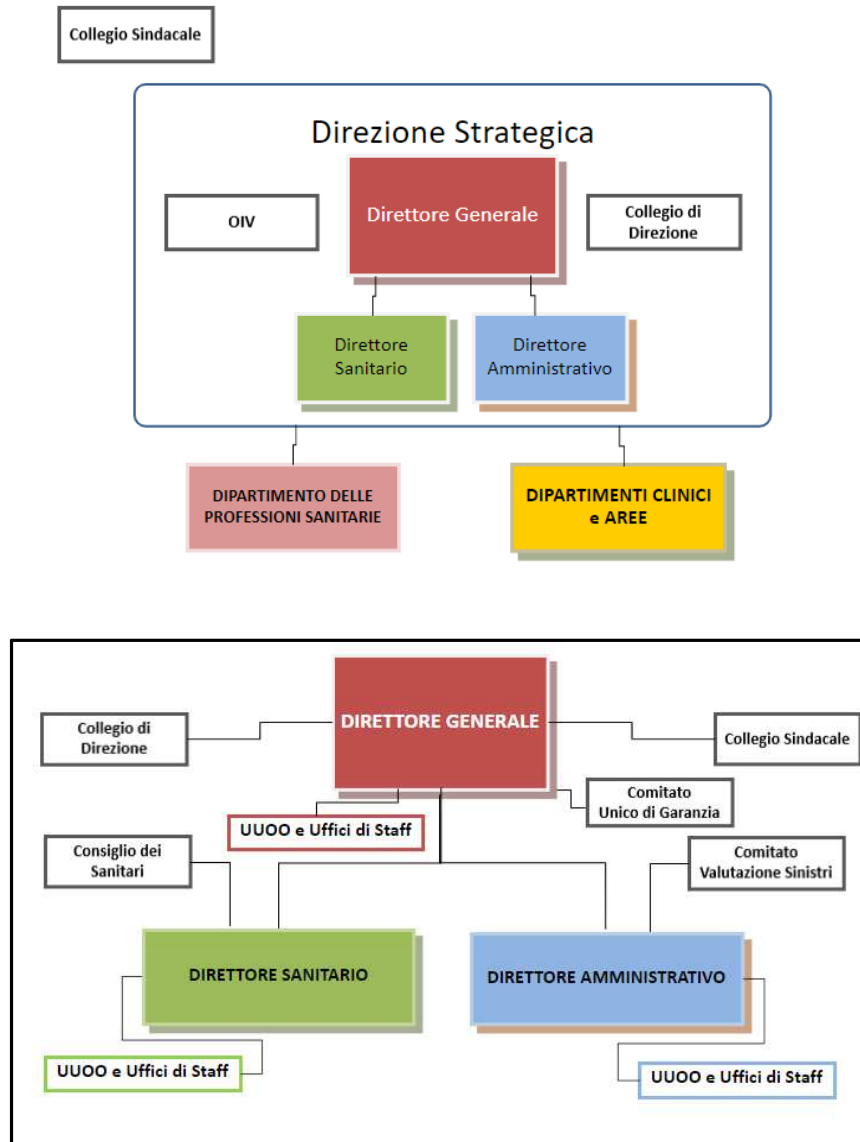
Il Registro degli accessi è consultabile al seguente link
<https://hsangiovanni.portaletrasparenza.net/it/trasparenza/altri-contenuti/accesso-civico/registro-accessi.html>

- <http://www.anticorruzione.it/>
(sito ufficiale dell'A.N.AC. - Autorità Nazionale Anticorruzione)
- Dipartimento della Funzione Pubblica-Portale P.I.A.O.
<https://P.I.A.O..dfp.gov.it/>

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Organigramma



Per tutti i CDR si rimanda alla delibera di avvio del ciclo

3.1.1. Specificità del modello organizzativo

L'assetto organizzativo è stato ridefinito sulla base dei seguenti criteri:

- valutazione dell'impatto della soluzione scelta in termini di miglioramento quali-quantitativo dei livelli assistenziali: maggiore appropriatezza del sistema di risposta ai bisogni assistenziali, continuità assistenziale, riduzione dei tempi di attesa;

- dimensionamento delle strutture tale da garantire il raggiungimento della soglia minima qualitativa di attività che garantisca l'efficienza gestionale, la qualità delle cure e la qualità assistenziale;
- aggregazione delle attività complementari o simili in dipartimenti o altre forme di aggregazione;
- efficienza gestionale, in termini di rapporto tra costi di produzione e valorizzazione della produzione tariffaria e per funzioni;
- orientamento all'innovazione dei processi assistenziali e gestionali.

L'Azienda ha quindi configurato il seguente assetto organizzativo:

- individuando le unità operative complesse e semplici dipartimentali integrate in dipartimento, in relazione alla complementarità, interdipendenza, omogeneità e affinità dell'attività, al fine di programmare e condividere le risorse strumentali e umane nonché le competenze e l'azione multidisciplinare;
- razionalizzando le unità operative semplici, semplici dipartimentali e complesse con adeguamento del loro assetto strutturale e organizzativo;
- riorganizzando l'area medica e l'area chirurgica di degenza in funzione della intensità di cure e delle linee di attività elettiva e in urgenza-emergenza;
- attivando meccanismi di integrazione e di coordinamento per le funzioni interdipartimentali e interaziendali;
- promuovendo una migliore qualità della vita dei degenti;
- promuovendo la formazione e l'aggiornamento continuo del personale, effettuati attraverso un apposito piano formativo aziendale e altri strumenti di formazione.

Il modello organizzativo dell'Azienda si articola sui seguenti livelli di funzionamento:

- livello strategico:
 - o direzione aziendale
- livello intermedio di supporto tecnico operativo (tecnostruttura):
 - o unità operative sanitarie e tecnico-professionali in area di Direzione Sanitaria tra cui la UOC di Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri
 - o unità operative amministrative e tecnico-professionali in area di Direzione Amministrativa
 - o unità operative sanitarie afferenti al Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- livello operativo:
 - o unità operative coordinate in Dipartimenti
 - o unità operative coordinate in Aree funzionali

L'Azienda adotta l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali, fulcro delle attività di governo clinico e di utilizzo appropriato e condiviso delle risorse.

I Dipartimenti e le Aree sono individuate in funzione del loro valore strategico, cioè della rispondenza ai bisogni di salute, al sistema di offerta pubblica esistente e alla posizione che in esso riveste l'Azienda ospedaliera, alle competenze maturate e alle prospettive di sviluppo futuro nel medio termine.

La composizione dei dipartimenti e delle aree è stabilita per far sì che essi, maggiormente orientati allo sviluppo dei percorsi clinico assistenziali, puntino alla valorizzazione, specializzazione e integrazione delle competenze dei professionisti.

Accanto alla strutturazione dipartimentale, si perseguono i modelli organizzativi trasversali quali:

- Percorsi Diagnostico terapeutici Assistenziali (PDTA) che costituiscono un modello organizzativo di presa in carico del paziente ed erogazione dell'assistenza. Si sviluppano sul principio della presa in carico del paziente - secondo una strategia condivisa da tutte le componenti sanitarie coinvolte in un sistematico lavoro di équipe - dettagliando i passaggi essenziali di cura dal momento della diagnosi e trattamento fino al follow-up. L'obiettivo di tali

percorsi è di rispondere, con un approccio di integrazione multidisciplinare e interprofessionale, alle esigenze di specifiche classi di pazienti, gestendone tutti gli aspetti, clinici, organizzativi, relazionali.

- Le reti, modelli di assistenza/assetti multiorganizzativi in cui il coordinamento e l'integrazione – in relazione al bisogno di salute, alla complessità e alla prossimità geografica - avviene su diversi livelli: aziendale, interaziendale, regionale. L'obiettivo è di affrontare specifici problemi di salute rispondendo efficacemente al modello di rete definito a livello regionale e in cui l'azienda è stata collocata in una posizione di rilievo e creare, altresì, funzioni di raccordo e integrazione con altre strutture sanitarie ospedaliere e territoriali. L'AOSGA è inserita con diverse competenze e gradi di complessità nelle reti regionali tempo-dipendenti e non, per come sinteticamente riportato nella tabella di cui a pagina 1 del presente documento.
- Le aree per intensità di cura come modello organizzativo di assistenza non più organizzata verticalmente sulle specialità cliniche e sulle peculiarità delle singole unità operative, ma sviluppata attorno alla persona e alle sue esigenze assistenziali, cui rispondere attraverso processi di cura appropriati, omogenei e coerenti al bisogno di cura manifestato e attraverso modelli di assistenza orizzontali, modulari e flessibili.

In tale contesto è stato adottato e attuato il regolamento di conferimento degli incarichi organizzativi dell'Area del Comparto che presuppone una innovativa gestione delle RU assegnate a "piattaforme di ricovero" dove è previsto un uso flessibile delle risorse professionali con uno *skill mix* (rapporto infermieri, ostetriche/OSS) attento all'efficienza, efficacia e qualità dei servizi da rendere ai cittadini. Non da meno il regolamento valorizza le funzioni "specializzate e trasversali" (es. infermiere *case manager*, *wound care nurse*) delle professioni sanitarie in ossequio alle indicazioni nazionali del PTFR, attento alla professionalità e competenza degli operatori oltre che alla quantità degli stessi.

Si richiamano di seguito gli atti della programmazione regionale e aziendale.

La programmazione regionale, ovvero le indicazioni provenienti dalla Legge Regionale n. 18 del 16 giugno 1994 e s.m.i., dai Programmi Operativi nonché dagli obiettivi annuali assegnati alla direzione generale hanno costituito la base di partenza di tutti gli atti di organizzazione e programmazione aziendale:

- l'Atto Aziendale, documento di organizzazione e funzionamento, è stato elaborato a seguito di un accurato processo di valutazione delle potenzialità esistenti, al fine di porre in essere un completo, ottimale ed esauriente raggiungimento degli obiettivi quali assegnati dalla Regione;
- il Piano Triennale della Performance 2021 - 2023 e il Ciclo della Performance, documenti di programmazione rispettivamente triennale e annuale, sono stati elaborati integrando le indicazioni derivanti dalla programmazione regionale con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in piani operativi e obiettivi operativi a cui vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili ed eventuali risorse assegnate.

3.1.2. Aspetti economico-finanziari

Il risultato economico che nel periodo 2016 – 2019 aveva presentato una progressiva riduzione della perdita di esercizio inverte tale tendenza nel solo anno 2020 per riprenderla nel 2021, come si evince dalla tabella sottostante.

120902 AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA				
ID	CONTO ECONOMICO €	Consuntivo 2019	Consuntivo 2020	Consuntivo 2021

A1	Contributi F.S.R.	22.467.701	30.072.106	42.098.774
A2	Saldo Mobilità	150.492.735	148.075.857	141.815.610
A3	Entrate Proprie	11.749.880	11.987.533	13.853.089
A4	Saldo Intramoenia	1.808.137	1.035.937	841.813
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 774.252	- 2.162.508	- 725.070
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	- 23.749	- 664.066	482.008
A	Totale Ricavi Netti	185.720.452	188.344.860	198.366.224
B1	Personale	126.852.292	137.132.216	141.915.314
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	33.037.397	32.433.903	31.084.194
B3	Altri Beni e Servizi	75.785.016	83.208.106	79.549.778
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	4.931	73	-
B5	Accantonamenti	5.943.310	7.568.729	10.810.334
B6	Variazione Rimanenze	225.096	- 1.888.512	674.025
B	Totale Costi Interni	241.848.042	258.454.514	264.033.645
C	Totale Costi Esterni	450.218	510.167	391.143
D	Totale Costi Operativi (B+C)	242.298.259	258.964.681	264.424.788
E	Margine Operativo (A-D)	- 56.577.808	- 70.619.822	- 66.058.564
F2	Saldo Gestione Finanziaria	3.621.891	3.004.424	2.790.951
F3	Oneri Fiscali	9.041.673	9.500.876	10.120.468
F4	Saldo Gestione Straordinaria	- 954.875	272.274	- 15.029
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	11.708.689	12.777.574	12.896.390
G	Risultato Economico (E-F)	- 68.286.497	- 83.397.396	- 78.954.954

Il costo del personale, in flessione fino al 2019, ha subito un consistente incremento negli anni 2020 e 2021 determinato, evidentemente, dall'assunzione di unità correlate all'emergenza pandemica e al ruolo assunto dall'Azienda sia come presidio diretto nella rete Covid sia come presidio di supporto per tutte quelle attività non covid attribuite da altre strutture sanitarie; le assunzioni sono sempre avvenute nell'ambito del quadro ordinamentale statale e regionale e con l'autorizzazione regionale.

3.1.3. Elementi di forza e di debolezza

Esaminando i punti di forza e di debolezza secondo macro-categorie (risorse umane, risorse strumentali ed economiche, sistema organizzativo), rilievo prioritario assume l'area delle risorse umane, nella quale i punti di forza possono essere rinvenuti nelle capacità e competenze professionali. Come rilevato nell'ambito del Programma Regionale di Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari (P. Re. Val. E.), l'Azienda ha registrato, nonostante il perdurare della pandemia, una tenuta tra il 2020 e il 2021 (ultimo dato disponibile) in ragione delle competenze e delle

professionalità presenti. Ciò consente di potersi fondare su un piano di *performance* correlato agli obiettivi e ad un sistema di incentivazione adeguato. Uno dei punti di debolezza è, tuttavia, rappresentato dall'invecchiamento della popolazione sanitaria e dalla necessità di predisporre percorsi strutturati per lo sviluppo delle competenze, sia professionali che tecniche.

Per quel che riguarda le risorse strumentali, i punti di forza aziendali vengono individuati in un buon livello delle tecnologie disponibili e nell'ampia gamma dei servizi sanitari offerti, nonché nel mantenimento della conformità delle infrastrutture agli standard in materia di sicurezza. Quanto alle tecnologie sanitarie, sono in corso programmi di ammodernamento e ampliamento del parco tecnologico che consentiranno risultati di alta qualità nella diagnostica radiologica, nell'interventistica, in sale operatorie rinnovate, ecc..

Per quanto riguarda le risorse strutturali, i punti di forza sono individuati nel fitto programma di ristrutturazione e riqualificazione di spazi esistenti e di realizzazione di nuovi ambienti tutti destinati a migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti.

Permangono alcuni ritardi nella completa informatizzazione dei processi amministrativo – contabili e sanitari.

Rimane, quale punto critico nell'organizzazione del personale sanitario di comparto, l'età media elevata degli operatori, nonché l'elevato numero di operatori prescritti ed esterni alle aree di degenza. L'Azienda sta cercando di individuare aree cui adibire personale non impegnato nelle degenze, al fine di evitare aggravio di costi derivanti da esternalizzazioni di attività (front e back office, recup e servizio antiincendio).

A livello del sistema organizzativo si individuano i seguenti punti di forza:

- il contrasto alla frammentazione organizzativa attraverso l'introduzione di una gestione per processi e secondo le logiche dell'*operation management*;
- il supporto allo sviluppo delle culture professionali e il loro coinvolgimento nello sviluppo del profilo identitario dell'Azienda;
- l'orientamento alla "*value-based health care*", considerando il valore prodotto come risultante della valutazione multidimensionale dei risultati raggiunti;
- la standardizzazione di protocolli di cura a garanzia dell'equità di trattamento, della sicurezza e della omogeneità delle prestazioni;
- l'attenzione all'umanizzazione delle cure;
- una buona definizione degli obiettivi a tutti i livelli con allineamento tra quelli di budget e quelli contrattuali assegnati ai dirigenti e al personale.

3.1.4. Linee strategiche

L'Azienda, in linea con le scelte operate nell'ultimo biennio ritiene che le seguenti aree sanitarie costituiscano un elemento di eccellenza per la complessità dell'attività erogata e per la qualità assistenziale fornita: oncologia e oncoematologia medica e chirurgica, malattie del testa-collo (con particolare riferimento all'ambito oncologico), cardiovascolare, ivi incluse le patologie cardiovascolari tempo-dipendenti, emergenza (hub rete emergenza adulti) e traumatologia, materno-infantile, chirurgia specialistica ad approccio mini-invasivo (vascolare, urologica e robotica), radiologia interventistica.

Nell'ottica di conciliare *standard* di cura sempre più elevati con la sostenibilità economica, l'Azienda intende introdurre un modello organizzativo che abbia il duplice obiettivo di aumentare e potenziare la produttività aziendale e di perseguire un'allocazione maggiormente efficace ed efficiente delle risorse impiegate, in relazione al rapporto non ottimale tra costi del personale e valore della produzione.

Infatti, sulla base di quanto emerso dall'analisi del triennio pregresso, in particolare dall'analisi della casistica dell'area medica e chirurgica, del tasso di occupazione dei posti letto e della degenza

media, l'Azienda intende potenziare, mediante l'incremento di posti letto dedicati, l'attività di *Week Surgery*. Il potenziamento di questa linea di attività, coerentemente con l'introduzione del modello organizzativo delle aree per intensità di cura, permette, da un lato, di offrire nel *setting* adeguato una risposta maggiormente appropriata al bisogno di cura del paziente e, dall'altro, grazie al decremento del personale turnante nel week-end, una migliore conciliazione dei tempi vita – lavoro dei professionisti.

La riorganizzazione prevede inoltre la separazione dei percorsi in urgenza ed elettivi, a garanzia di maggiori standard di sicurezza riguardo le infezioni correlate all'assistenza ed una migliore programmazione delle sedute operatorie per le attività elettive.

L'Azienda intende dunque proseguire il percorso volto all'ottimizzazione della produttività dei vari reparti al fine di ottenere una migliore *performance* nell'utilizzo dei posti letto, intervenendo in tutte le fasi del ricovero, dall'ammissione alla dimissione mediante la piena realizzazione di quanto previsto nei documenti di riorganizzazione dell'Area Chirurgica e Medica, dal nuovo Regolamento del DEA, dalle Procedure di *Bed management*, anche attraverso il potenziamento dei sistemi informatici e informativi a supporto. La natura stessa di Azienda Ospedaliera determina una particolare attenzione alle necessità assistenziali del paziente acuto: sono esigenze programmabili a livello aggregato, ma che applicate al singolo soggetto che accede al sistema sanitario in genere per un sospetto clinico o tramite il Pronto Soccorso in condizioni di pericolo imminente di vita, impongono all'Azienda di ottimizzare il processo di ricovero prevedendo una ulteriore riduzione complessiva della degenza media in regime di ricovero ordinario e ulteriore aumento degli interventi chirurgici, al fine di raggiungere gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale e aziendale.

La revisione del modello organizzativo riguarderà anche il percorso *outpatient* prevedendo una rivisitazione del percorso assistenziale, che garantisca una presa in carico continua e integrata e che sia in grado di offrire una risposta appropriata al bisogno di cura del paziente. Elementi imprescindibili della definizione del nuovo percorso sono la personalizzazione delle cure nonché un'organizzazione *patient centered*. Tali elementi richiedono un'innovativa e diversa partecipazione e valorizzazione delle risorse infermieristiche che consentano da un lato di soddisfare in modo più appropriato i bisogni del paziente e dall'altro di agevolare l'attività del personale medico ed essere indirizzata ad attività a maggiore impegno clinico.

L'Azienda ritiene inoltre che una delle principali leve di miglioramento sia rappresentata dalla possibilità di sfruttare maggiormente le risorse tecnologiche presenti al suo interno e in corso di ammodernamento.

3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO A DISTANZA

Il C.C.N.L. del personale del comparto sanità, stipulato in data 2 novembre 2022, al titolo VI, disciplina il lavoro a distanza, nelle forme del lavoro agile e del lavoro da remoto.

Il lavoro agile di cui alla legge n. 81/2017 è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dalle Aziende o Enti, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

Il lavoro agile è una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro. La prestazione lavorativa viene eseguita in parte all'interno dei locali dell'Azienda o Ente e in parte all'esterno di questi, senza una postazione fissa e predefinita, entro i limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale.

Per quanto riguarda, i principi generali, l'accesso, l'articolazione della prestazione in modalità agile e diritto alla disconnessione, nonché la formazione nel lavoro agile, si rimanda agli artt. 76-80 del suddetto C.C.N.L.

Il lavoro da remoto è prestato, con vincolo di tempo e nel rispetto dei conseguenti obblighi di presenza derivanti dalle disposizioni in materia di orario di lavoro, attraverso una modificazione del luogo di adempimento della prestazione lavorativa, che comporta la effettuazione della prestazione in luogo idoneo e diverso dalla sede dell'ufficio al quale il dipendente è assegnato.

Per quanto riguarda gli altri aspetti di tale tipologia di lavoro a distanza si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 81 del medesimo C.C.N.L.

Considerato che il lavoro a distanza è stato completamente definito e normato solo con la recente stipula del suddetto C.C.N.L., avvenuta in data 02/11/2022, l'Azienda procederà a dare applicazione alle previsioni contrattuali sopra riportate con apposita regolamentazione secondo le modalità previste dal C.C.N.L. stesso.

3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

3.3.1. Gestione delle risorse umane secondo i principi di razionalizzazione riorganizzazione e programmazione

In considerazione del blocco totale delle assunzioni indotto, a partire dall'anno 2008, a seguito dell'accertamento del disavanzo sanitario da parte della Regione Lazio con conseguente commissariamento e misure inerenti l'attuazione del piano di rientro regionale, solo negli ultimi anni, a seguito del raggiungimento degli obiettivi posti dal predetto piano e, quindi, con una nuova disponibilità dal punto di vista economico-finanziario, è stato possibile assumere progressivamente risorse nuove, sempre nel rispetto delle disposizioni regionali in materia anche per quanto attiene ai vincoli di natura economica finanziaria.

Senza voler analizzare tutti i dati relativi all'andamento del numero di personale che certamente non rientra nell'oggetto e nelle finalità del presente piano, appare necessario indicare sinteticamente il trend del numero di unità in servizio presso questa Azienda.

Nel 2018 il numero di unità di personale è pari a n. 2.131; in tale anno si applica il nuovo sistema regionale di programmazione delle assunzioni basato sul budget assunzionale - piano assunzione dei fabbisogni e anche grazie alla progressiva riduzione del disavanzo sanitario del S.S.R., nel 2019 è riscontrabile un aumento di personale (n. 2.202).

Per gli anni 2020 e 2021 l'incremento di personale è stato determinato dall'evento eccezionale e imprevedibile della pandemia che ha determinato, tra l'altro, una completa revisione delle politiche assunzionali di tutto il SSN, sia per quanto attinente all'aspetto strettamente emergenziale sia per quanto attinente alla pianificazione e programmazione del nuovo costo del personale, del numero di unità, del numero di borse di studio per i corsi di specializzazione, etc.

Ciononostante, al fine di un'efficiente allocazione e ad una ottimizzazione delle risorse umane disponibili, l'Azienda ha proceduto alla razionalizzazione degli assetti organizzativi, continuando a garantire le prestazioni sanitarie e l'erogazione dei LEA, tenendo sempre in considerazione l'imprescindibile vincolo dei limiti di spesa imposti dalla vigente normativa.

Sono state introdotte modalità flessibili di gestione del personale sia medico sia del comparto, ad esempio con la creazione di piattaforme di degenza unificate su cui insistono più reparti affini, con la stretta integrazione tra equipe mediche della stessa disciplina (cardiologia, chirurgie, area medica).

Alcune linee di attività sono state riconvertite o unificate ad altre affini per una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili. Alcune funzioni sono state affidate più appropriatamente ad altre figure professionali (equipe di sala operatoria ostetrico-ginecologica composta da ostetriche in luogo di infermieri; triage PS ostetrico svolto da ostetriche in luogo di infermieri).

Si tenga presente che l'attività H24 è particolarmente sviluppata nell'Azienda per il ruolo che essa riveste in molti campi dell'assistenza soprattutto nell'ambito del DEA di II livello e ciò assorbe numerose risorse che solo in misura minima possono essere riorganizzare senza compromettere la tempestività, l'efficacia e la sicurezza delle cure.

Sono stati affidati i nuovi incarichi organizzativi delle professioni sanitarie e sono in corso di affidamento gli incarichi gestionali e professionali della dirigenza sanitaria; è in previsione il conferimento degli incarichi della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa nonché gli incarichi organizzativi del personale del comparto dei ruoli tecnico e amministrativo, tenuto conto dell'attuazione del nuovo CCNL.

Sono stati potenziati, nel rispetto delle regole contrattuali e aziendali in materia di mobilità interna, i passaggi interni verso reparti/attività di maggior valore strategico e, ove possibile, più confacenti alle esperienze maturate e alle aspettative di crescita professionale. Sono state favorite le forme di

collaborazione multidisciplinare e interprofessionale (es. *cancer team*) che garantiscono maggior accuratezza dei processi di cura e assistenza e migliori *outcome* clinici.

Tali percorsi tuttavia non garantiscono pienamente il soddisfacimento del fabbisogno di personale dell'Azienda e alla luce delle linee strategiche sopra evidenziate è stato rimodulato il fabbisogno complessivo del triennio 2022 – 2024.

La programmazione del fabbisogno e le politiche di stabilizzazione di seguito descritte sono state trasmesse alla Regione Lazio con nota prot. n. 956 dell'11/01/2023 e, in via provvisoria, nelle more dell'approvazione regionale, il piano triennale del fabbisogno e della conseguente dotazione organica è stato adottato dall'Azienda con delibera n. 196/DG del 03/03/2023.

3.3.2. Programmazione del fabbisogno

Nel triennio di interesse le politiche in tema di personale saranno coerenti con gli indirizzi della programmazione sanitaria regionale recuperando il ruolo centrale e fondamentale svolto dalle risorse umane nella gestione del SSR; l'Azienda intende realizzare un sistema che metta in primo piano lo sviluppo del potenziale del personale attraverso una attenta valutazione dell'effettivo fabbisogno, una approfondita analisi del livello di competenze, conoscenze e attitudini possedute e di quelle considerate necessarie, misure tutte finalizzate ad evitare un ulteriore impoverimento delle risorse umane del SSR.

Per il 2023 l'Azienda intende procedere con l'attivazione dei servizi di seguito indicati, in attuazione del nuovo Atto Aziendale:

- Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Chirurgia Toracica;
- Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Medicina Nucleare.

Inoltre l'Azienda intende potenziare alcuni servizi, adeguando l'organico anche in relazione all'attuazione del PNRR e all'acquisizione di nuove risorse tecnologiche come PET, Ecotomografi, mammografi digitali, ecc.

In particolare l'Azienda intende procedere all'assunzione di personale come di seguito riportato sinteticamente:

- indicazione/espletamento di avvisi per conferimento di incarichi di struttura complessa per la Uoc di Patologia Clinica, per la Uoc di Chirurgia Generale e d'Urgenza, per la Uoc Otorinolaringoiatria, per la Uoc di Medicina Interna, per la Uoc Sviluppo E Ricerca Modelli Gestionali Delle Professioni Sanitarie, per la Uoc Direzione Assistenza Infermieristica Ostetrica e OSS;
- adeguamento dell'organico del Dipartimento Emergenza e Accettazione per cui sono in corso le assunzioni di personale;
- potenziamento nell'ambito della UOC Anestesia e Rianimazione / Centro di Rianimazione in previsione dell'attivazione della nuova struttura di terapia intensiva (di prossima attivazione le procedure concorsuali già autorizzate dalla Regione Lazio);
- adeguamento dell'organico della UOC di Ortopedia e Traumatologia anche in considerazione del ruolo rivestito dall'Azienda nell'ambito della Rete del Trauma;
- potenziamento di alcuni servizi ospedalieri per l'abbattimento delle liste d'attesa, mediante acquisizione di dirigenti medici nelle discipline di radiodiagnostica, ginecologia e ostetricia, neurochirurgia, oftalmologia, chirurgia generale (per dette acquisizioni sono state avviate o sono di prossima attivazione le relative procedure assunzionali);
- implementazione delle ore previste per la specialistica ambulatoriale nella branca di dermatologia per far fronte ad azioni finalizzate alla riduzione delle liste d'attesa in ambito ambulatoriale.

Le funzioni di natura amministrativa-tecnica sono state oggetto di rilevanti riduzioni, riorganizzazioni e razionalizzazioni che seppure in parte derivanti dalla normativa finalizzata al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'attività amministrativa, certamente sono state determinate anche dalle stringenti disposizioni del piano di rientro e dal disavanzo sanitario; tali disposizioni, costituite sino al 2016 dal blocco parziale o totale del *turn over*, hanno prodotto una diminuzione delle strutture

del personale, un depauperamento delle professionalità e conseguentemente dal punto di vista quali-

quantitativo dell'attività amministrativa.

Nel corso degli anni del piano di rientro, le poche assunzioni disponibili si sono incentrate quasi esclusivamente sul personale del ruolo sanitario; ciò ha comportato anche a fronte delle numerose cessazioni intervenute il progressivo svuotamento degli uffici, con perdita delle professionalità, delle competenze e delle conoscenze.

L'Azienda intende procedere alla valorizzazione della professionalità acquisita dal personale amministrativo anche mediante l'applicazione dell'istituto contrattuale della progressione tra le aree, nel rispetto sempre delle disposizioni vigenti in materia.

L'Azienda, inoltre, intende potenziare nel corso del 2023 il personale del ruolo tecnico e amministrativo mediante l'assunzione di nuove unità; in particolare anche per quanto attiene la realizzazione degli obiettivi posti dalla programmazione regionale in relazione al PNRR prevedendo l'assunzione di assistenti e collaboratori tecnici ingegneri/informatici/ingegneri bioclinici. Tale ultima figura potrà anche essere utilizzata nell'ambito della funzione HTA, anche in correlazione al miglioramento della qualità e dell'assistenza erogata.

3.3.3. Politiche di stabilizzazione

L'Azienda intende continuare a ridurre il ricorso a contratti di lavoro a tempo determinato, da ricondurre esclusivamente nel proprio alveo normativo, finalizzato a soddisfare esigenze temporali limitate e urgenti, in funzione di prevedibili picchi di attività, generando nuovi stimoli nel personale neoassunto a vantaggio di un miglioramento nell'assistenza al paziente. Una programmazione puntuale delle assunzioni risulta essere elemento imprescindibile per il mantenimento del sistema, anche conseguentemente alle carenze derivanti dal sempre più crescente numero di cessazioni incrementato a seguito dell'introduzione delle nuove disposizioni pensionistiche nazionali.

L'Azienda da attuazione alle disposizioni di cui all'art.20, comma I del D.Lgs.n.75/2017 e s.m.i. che ha assunto, allo stato, un carattere residuale come platea di soggetti interessati ed ha anche avviato, in applicazione delle indicazioni regionali le procedure di stabilizzazione di cui all'art.I, comma 268 lett.b) della L. 234/2021 e s.m.i., relativa al personale assunto nell'ambito dell'emergenza COVID.

Nel corso del 2023 l'Azienda continuerà a dare attuazione alla disciplina di stabilizzazione anche considerando la recente novella legislativa che ha interessato il citato comma 268.

Per quanto riguarda gli strumenti di reclutamento, nel rispetto delle disposizioni commissariali e regionali inerenti l'utilizzo di graduatorie concorsuali con valenza regionale, l'Azienda intende utilizzare, quale tipologia preferenziale, il concorso pubblico per titoli ed esami; nello specifico il ricorso allo strumento del concorso pubblico si può realizzare sia mediante indizione di apposito avviso sia mediante l'aggregazione ad altre aziende sanitarie regionali, sia anche mediante scorrimento di valide graduatorie concorsuali.

L'Azienda, per quanto attiene all'istituto della mobilità ex art.30 del D.Lgs.165/2001 e s.m.i., in considerazione dell'attuale espresso dall'ordinamento per la procedura concorsuale farà ricorso a tale strumento a fronte della necessità di reperire specifiche professionalità.

Nel corso del 2023 l'Azienda garantirà la copertura delle assunzioni obbligatorie ex L.68/1999 e s.m.i. anche mediante indizione di concorso pubblico per collaboratori amministrativi.

3.3.4. La formazione

In osservanza del Decreto del Commissario ad Acta n. U00485/2019 *Indirizzi per la formazione del personale delle Aziende del SSR (triennio 2019-2021)* e con le finalità già previste dal Decreto Legislativo n. 165/2001 (art. 7 bis), secondo cui *le Pubbliche Amministrazioni predispongono annualmente un piano di formazione del personale dipendente, tenuto conto dei fabbisogni rilevati, delle competenze necessarie, degli obiettivi da raggiungere, sarà predisposto il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2023.*

Priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali organizzate per livello organizzativo e per filiera professionale

In un'Azienda in cui l'assetto organizzativo e operativo è in continua evoluzione e prevede l'introduzione di nuovi processi, una parte degli interventi formativi devono essere predefiniti a livello centrale dalla Direzione Strategica, che individua le priorità necessarie per adeguare le competenze dei soggetti attuatori.

Al riguardo, i meeting, i briefing e gli audit clinici, che sono strumenti del risk management finalizzati al miglioramento della pratica clinica, e che diventano al tempo stesso una modalità di formazione sul campo (FSC), così come riconosciuta da Agenas, inerente la macroarea dei processi, sono stati individuati dalla Direzione Strategica come modalità formativa prioritaria per l'anno 2023, in coerenza con gli obiettivi di performance 2023.

Peraltro, l'accreditamento ECM dei meeting di U.O., o meglio trasversali a più UU.OO., che vengono comunque svolti per esigenze organizzative e di minimizzazione del rischio clinico, oltre che per condividere e verificare l'adesione a percorsi clinici trasversali dei team interdipartimentali, costituisce una buona opportunità per rispondere agli obblighi di crediti ECM cui i professionisti devono corrispondere.

Pertanto, i meeting, i briefing e gli audit clinici saranno oggetto di ulteriore realizzazione anche per l'anno 2023.

Inoltre, in coerenza con il Piano Aziendale per la gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso Rev. 0 del 30.12.2022, particolare attenzione sarà posta sui Meeting clinici inerenti l'appropriatezza dei percorsi diagnostico- terapeutici e la Formazione continua sul campo in termini di :

- NIV;
- Alti flussi;
- Triage modello Lazio base;
- Triage modello Lazio retraining;
- Hospital meeting.

Infine, in ottemperanza alla Circolare del Ministero della salute del 01.01.2023 per la gestione dei casi Covid, la Direzione Strategica intende continuare a garantire dal parte dell'UOSD Formazione, Didattica e Ricerca e del Dipartimento Professioni Sanitarie la formazione del personale neo assunto e l'aggiornamento di tutto il personale sulle misure di protezione e prevenzione dal contagio.

Contestualmente, il fabbisogno formativo rilevato dai Direttori dei Dipartimenti, evidenziando gli argomenti e i temi espressi a livello dei Dipartimenti e delle singole UU.OO., ha consentito di identificare altri elementi su cui strutturare la pianificazione formativa, in base ai diversi contesti, in riferimento a variabili specifiche, operative e organizzative.

Le priorità sopra descritte coinvolgeranno il personale medico e delle professioni sanitarie, a vari livelli organizzativi.

La pianificazione formativa, inoltre, ha considerato la formazione normata in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (Formazione ex art. 37 D. Lgs. 81/08, Addetti antincendio rischio elevato, Radioprotezione) che, quale obbligo formativo, riguarderà trasversalmente tutti i dipendenti dell'Azienda, gli addetti antincendio e i radioesposti.

Altre iniziative sono individuate a supporto delle conoscenze in materia di: Risk Management e Data Protection, dedicate al personale medico, delle professioni sanitarie e al personale amministrativo, ai vari livelli organizzativi.

Nella redazione del PFA 2023 non si è trascurato di considerare l'opportunità formativa che Federsanita offre attraverso FEDER SANITA' ACADEMY quale risposta all'esigenza delle aziende sanitarie associate di formare e mantenere costantemente aggiornati i suoi professionisti.

Analogo discorso per l'iniziativa formativa promossa dall'INPS denominata VALORE PA, rivolta ai dipendenti della pubblica amministrazione, che si realizza attraverso la erogazione di corsi universitari di formazione proposti da Atenei italiani in collaborazione con soggetti pubblici o privati.

Risorse interne ed esterne disponibili e/o attivabili ai fini delle strategie formative

L'Azienda è accreditata nel ruolo di Provider, quale soggetto pubblico avente configurazione giuridica autonoma e regolarmente operante nel campo della formazione continua degli operatori sanitari, accreditato a presentare e fornire eventi ECM, realizzati in aula o a distanza, ed è presente nell'Albo Provider regione Lazio con ID 19.

La formazione residenziale (RES)

Le aule e le sale storiche

Per la erogazione della Formazione Residenziale (RES), caratterizzata da lezioni frontali in aula, sono utilizzate aule dedicate e sale storiche di proprietà dell'Azienda:

- Aula "Formazione", situata al piano terra della sede legale, dotata di circa 40 posti e corredata di supporti didattici quali una Lavagna Interattiva Multimediale (LIM), un Personal Computer (PC) e un video proiettore (VP);
- Sala "Folchi", situata presso il Corpo F, dotata di circa 350 posti e corredata di supporti audio visivi informatizzati e di cabina di regia;
- Sala "Antico Atrio", situata presso il Corpo F, dotata di circa 70 posti;
- Sala "Luigi D'Elia", situata al piano superiore del Corpo F, dotata di circa 40 posti e corredata di una LIM e di un PC;
- 5 Aule didattiche, situate al piano superiore del Corpo F, utilizzate complessivamente dai seguenti Corsi di Laurea:
 - Corso di Laurea in Infermieristica (I – II – III anno);
 - Corso di Laurea in Fisioterapia (I – II – III anno).

Le Aule didattiche sono dotate da 20 a 45 posti e sono corredate dei supporti didattici necessari, anche per lo svolgimento di lezioni a distanza (LIM, PC e Webcam).

La formazione a distanza (FAD)

Gli strumenti: la piattaforma e-learning aziendale e la piattaforma microsoft teams

Per la Formazione a Distanza (FAD) l'Azienda dispone:

- di una propria piattaforma e-learning asincrona, accreditata da AGENAS nel mese di luglio 2020;
- della licenza per la piattaforma Microsoft Teams, applicativo multifunzione che consente di accedere alle lezioni in modalità sincrona, accreditata nel mese di dicembre 2020.

Il Comitato Tecnico Scientifico

La Deliberazione n. 275/DG/2008, che istituisce il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) aziendale, attribuisce allo stesso le seguenti funzioni:

- promuovere la cultura tecnico – scientifica;
- promuovere la divulgazione scientifica e lo sviluppo della ricerca clinica e organizzativa all'interno dell'Azienda;
- esprimere pareri in merito a pubblicazioni e riviste dell'Azienda;
- effettuare valutazioni e scelte delle riviste di cui dotare l'Azienda;
- promuovere l'introduzione e l'utilizzo di applicazioni informatiche.

I docenti

Il CCNL Triennio 2016 – 2018 Dirigenza Medica, Art. 50, Commi 7 e 8, prevede che la partecipazione del personale all'attività docenza, da questi svolta a favore dell'Azienda o Ente di appartenenza, si realizzi nelle seguenti aree di applicazione:

- corsi di specializzazione e di insegnamento previsti dall'art. 6, commi 2 e 3, del D.Lgs. 30.12.1992 n. 502 e s.m.i.;
- corsi di aggiornamento professionale obbligatorio del personale, organizzati dalle Aziende o Enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- corsi di formazione professionale post - base, previsti dai decreti ministeriali che hanno individuato i profili professionali di cui all'art. 6 citato nella lettera a);
- formazione di base e riqualificazione del personale.

Le attività di docenza, previa apposita selezione secondo l'ordinamento di ciascuna Azienda o Ente e nel rispetto dei protocolli previsti dalla normativa citata al precedente punto a), sono riservate, di norma, ai dirigenti delle medesime Aziende o Enti in base alle materie di rispettiva competenza, con l'eventuale integrazione di docenti esterni.

Ciò premesso, il Responsabile Scientifico del progetto formativo deve procedere alla selezione dei docenti, comparando i curriculum vitae degli stessi, appartenenti alla stessa area formativa.

La scelta, che deve riguardare prioritariamente gli operatori dell'Azienda, è effettuata in base all'oggetto dell'incarico, a specifici requisiti richiesti, a criteri di comparazione inerenti la tipologia e il percorso formativo dei docenti e deve essere debitamente motivata.

La selezione può non essere effettuata solo quando:

- la docenza richieda particolari abilità, certificata da adeguata documentazione;
- ricorrano situazioni di emergenza/urgenza, opportunamente circostanziate.

Il budget annuale

Così come previsto dal CCNL Triennio 2016 – 2018 Dirigenza Medica, Art. 50 – 53 e Comparto Sanità, Art. 53 – 56, l'Azienda può organizzare le attività formative in favore dei propri dipendenti anche avvalendosi della collaborazione di altri soggetti pubblici o privati specializzati, qualora le suddette attività formative richiedano particolari abilità e debbano essere erogate da soggetti accreditati.

Il budget annuale è definito dall'Azienda con la Previsione dei Costi del Piano Formativo Aziendale (PFA) 2023, prevalentemente correlati alle attività formative realizzate con il ricorso a risorse esterne, come di seguito illustrato:

PIANO FORMATIVO AZIENDALE ANNO 2023	
DESCRIZIONE ATTIVITA'	Importo in Euro

FORMAZIONE CONTINUA:	
Costo contribuito ECM Regionale per accreditamento corsi	15.000,00
Costo docenti corsi ECM interni ed esterni programmati	10.000,00
Formazione risorse esterne Area Sanitaria Corsi ACLS (4.000,00) – ATLS (12.000,00)	16.000,00
Formazione risorse esterne Uffici Amministrativi e Unità Operative Centrali	5.000,00
Addetti antincendio rischio elevato – 2 CORSI	10.096,00
Art. 37 D. Lgs. 81/08 lavoratori alto rischio, RLS, dirigenti, preposti, RSPP, ASPP Competenze anno 2023	9.400,00
Abbonamenti riviste, Clinical Decision Support (CDS),etc.	6.000,00
Altra attività formativa	13.504,00
Totale costi Formazione Continua	85.000,00

Misure volte a favorire/incentivare l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato

Le misure volte a favorire/incentivare l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e non laureato sono realizzate, in primo luogo, in ottemperanza alle norme contrattuali, con particolare riferimento all'istituto del Diritto allo Studio, in base al quale ai dipendenti sono concessi – anche in aggiunta alle attività formative programmate dall'Azienda o Ente – permessi retribuiti, nella misura massima individuale di 150 ore per ciascun anno solare e nel limite massimo, arrotondato all'unità superiore, del 3% del personale in servizio a tempo indeterminato presso ciascuna Azienda o Ente all'inizio di ogni anno.

Le norme contrattuali di cui sopra sono state recepite dall'Azienda con la deliberazione di un proprio regolamento.

La rilevazione dei bisogni formativi da parte dei Direttori di Dipartimento rappresenta, come già rappresentato, un'altra importante misura.

Infine, l'Azienda ha in essere una procedura mediante la quale ogni dipendente può richiedere ed essere autorizzato, previo nulla osta del proprio responsabile, del Direttore del Dipartimento di afferenza e della Direzione aziendale, a partecipare ad attività formative esterne, in coerenza con il PFA e con il budget disponibile.

Obiettivi e risultati attesi della formazione in termini di riqualificazione e potenziamento delle competenze e del livello di istruzione e specializzazione dei dipendenti, anche con riferimento al collegamento con la valutazione individuale inteso come strumento di sviluppo

Gli obiettivi della formazione attengono a quelli individuati nell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, per cui le attività formative devono essere programmate e realizzate tenendo conto degli obiettivi formativi previsti come prioritari nel Programma nazionale E.C.M., nel Piano sanitario nazionale e nei Piani sanitari regionali e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

La Commissione nazionale ECM individua gli obiettivi formativi tenendo conto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dei Piani sanitari regionali e delle linee guida di cui all'art. 3 del d.l. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla l. n. 189/2012 e li inserisce in almeno una delle seguenti macroaree:

- obiettivi formativi tecnico-professionali;
- obiettivi formativi di processo;
- obiettivi formativi di sistema.

I suddetti obiettivi sono recepiti dal Decreto del Commissario ad Acta 28 novembre 2019, n. U00485 “Piano per la Formazione Continua in Sanità, anni 2019 – 2021”, riconducibili alle macroaree di cui sopra.

Affinchè siano efficaci, gli interventi formativi devono essere pianificati per privilegiare lo sviluppo delle abilità e delle competenze culturali, tecniche e manageriali, favorendo la crescita professionale, coniugando la mission aziendale, gli obiettivi aziendali e regionali con le capacità, le aspettative e le esigenze individuali.

Al riguardo, si riportano gli interventi formativi previsti nel PFA 2023 (ancora in fase di completamento) in correlazione agli obiettivi formativi e alle macroaree di riferimento, nonché al risultato atteso.

INTERVENTI FORMATIVI	OBIETTIVO	MACROAREA	RISULTATO ATTESO
Meeting, briefing e audit clinici	Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale	Processo	Miglioramento della pratica clinica, in riferimento a specifiche pratiche e percorsi diagnostico terapeutici nelle varie discipline
Meeting clinici inerenti l'appropriatezza dei percorsi diagnostico-terapeutici	Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale	Processo	Ottimizzare la gestione sovraffollamento in PS
Alti flussi; Triage modello Lazio base; Triage modello Lazio retraining	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere	Tecnico professionale	Ottimizzare la gestione sovraffollamento in PS
Hospital meeting	Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale	Processo	Ottimizzare la gestione sovraffollamento in PS
Aggiornamento di tutto il personale sulle misure di protezione e prevenzione dal contagio Covid	Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo	Tecnico professionale	Ottimizzare la gestione dei casi Covid
Formazione normata in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (Formazione ex art. 37 D. Lgs. 81/08, Addetti antincendio rischio elevato, Radioprotezione)	Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere	Tecnico professionale	Pieno adempimento agli obblighi normativi in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro
Formazione sul Piano	Sicurezza del paziente, risk	Sistema	Minimizzazione del

Annuale per il Rischio Sanitario (P.A.R.S.) 2023	management e responsabilità professionale		rischio clinico
Formazione in materia di Data protection	Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali;	Sistema	Pieno adempimento agli obblighi normativi in materia di Data protection

INDICATORI	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Ore di formazione (media per dipendente)	9,9	9,9	14,2	6,7	7,1		corrispondenti a n. 17.166 ore totali svolte
Ore di formazione personale femminile	13.612	16.921	22.304	10.659	12.615		
corsi formazione organizzati dall'Azienda	112	94	110	60	45		
Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi.							

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

4.1. Valore Pubblico e Performance

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà secondo le modalità indicate nel Regolamento di gestione del ciclo della performance (Allegato 2) nel rispetto di quanto stabilito dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo n. 150 del 2009 e smi.

4.2. Rischi corruttivi e Trasparenza

Il monitoraggio della sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” avverrà secondo le indicazioni fornite dall’ANAC con cadenza semestrale.

La rendicontazione delle misure, attuate dalle strutture esposte al rischio, puntualmente documentata mediante produzione di elementi probatori o con espresso riferimento agli atti o ai provvedimenti adottati e acquisibili d’ufficio, viene trasmessa al RPCT in originale o in via informatica.

I report semestrali sono oggetto di confronto mediante incontri calendarizzati tra i Referenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza e il RPCT.

Gli esiti di tale monitoraggio costituiscono l’indice di efficacia delle azioni di prevenzione della corruzione già programmate e condivise e al contempo la base empirica per l’aggiornamento della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del P.I.A.O.

Il monitoraggio sugli obblighi di trasparenza si connota per essere:

- 1) un controllo successivo: in relazione alla loro gravità, il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi agli organi/soggetti competenti
- 2) relativo a tutti gli atti pubblicati nella sezione AT (il monitoraggio può riguardare anche la pubblicazione di dati diversi da quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria (“dati ulteriori”) soprattutto ove concernano i processi PNRR);
- 3) totale e non parziale.

Lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione viene attestato dall’OIV, secondo le indicazioni date ogni anno dall’ANAC. Il monitoraggio sulla trasparenza non è svolto una volta l’anno solo sugli obblighi oggetto di attestazione OIV, ma periodicamente su tutte le sezioni della trasparenza.

4.3. Formazione

Per ogni intervento formativo in itinere sono valutati gli indicatori di performance in termini di:

- gradimento - misurazione del livello di soddisfazione che il programma formativo ha suscitato nei partecipanti, attraverso un questionario che rileva se il corso è stato efficace in termini didattici e organizzativi;
- valutazione dei docenti: misurazione del livello di soddisfazione che il corpo docente ha suscitato nei discenti, attraverso un questionario che rileva la qualità della docenza;
- apprendimento: misurazione del livello delle conoscenze e capacità apprese, attraverso un questionario che rileva informazioni sull’efficacia delle metodologie utilizzate per favorire l’apprendimento.

Gli interventi formativi pianificati sono oggetto di monitoraggio, inoltre, relativamente alla loro effettiva realizzazione e partecipazione.

Il monitoraggio degli obiettivi formativi, in termini di trasferimento delle attività svolte sulle abilità tecnico – professionali, sui processi e sui sistemi, implica la valutazione dei cambiamenti nel comportamento lavorativo, misurando l’utilizzo di conoscenze, capacità e atteggiamenti appresi durante la formazione, l’impatto sull’organizzazione in termini di riduzione dei costi, miglioramento dell’efficienza, incremento della produzione, riduzione dei tassi di turnover, miglioramento del clima aziendale.

I risultati attesi possono essere valutati attraverso la valorizzazione di specifici indicatori di esito e di attività, definiti a livello istituzionale e aziendale, nell'ambito delle UU.OO. aziendali preposte allo svolgimento delle attività oggetto degli interventi formativi e della valutazione delle stesse.

4.4. Organizzazione e Capitale Umano

In relazione alla Sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance sarà effettuato su base triennale dall'OIV.