



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN GIOVANNI ADDOLORATA



REGIONE
LAZIO



AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

DECRETO-LEGGE 9 GIUGNO 2021, N. 80 (CONVERTITO NELLA LEGGE 6 AGOSTO 2021, N. 113)

2026-2028

SOMMARIO

I principi ispiratori	3
PREMESSA	4
SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	5
1.1 L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	6
1.1.1. Il contesto esterno di riferimento	6
1.1.2. La nostra storia	6
1.1.3. I servizi erogati	11
1.1.4. Capacità ricettiva del "Polo Ospedaliero"	12
1.1.5. Gli standard di qualità	13
1.2 VISION E MISSION	15
1.3 COSA ABBIAMO FATTO	16
1.3.1. Valorizzazione degli asset aziendali	16
1.3.2. Ammodernamento tecnologico e strutturale	18
1.3.3. Politiche del personale	23
1.3.4. Principali dati di bilancio	25
1.4 L'AZIENDA IN CIFRE	27
1.5 COSA FAREMO	35
1.5.1. Obiettivi strategici e programmazione annuale	35
1.5.2. La programmazione sanitaria aziendale	36
1.5.3. Progettualità 2026	38
SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE, RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	43
2.1. VALORE PUBBLICO	43
2.1.1. Riqualificazione offerta assistenziale	45
2.1.2. Governo Liste d'Attesa	45
2.1.3. Qualità, efficacia e appropriatezza delle cure	47
2.1.4. Umanizzazione e equità delle cure	48
2.1.5. Miglioramento rapporti con gli stakeholders	50
2.1.6. Digitalizzazione	51
2.2 PERFORMANCE	52
2.2.1. Il livello strategico	53
2.2.2. Il livello organizzativo	56
2.2.3. Il livello individuale	60
2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	62
2.3.1. Analisi del contesto esterno/interno	63
2.3.2. Mappatura dei processi	67
2.3.3. Valutazione del rischio	67
2.3.4. Trattamento del rischio	69
2.3.5. Misure Generali/obbligatorie	69
2.3.6. Misure specifiche ulteriori	72
2.3.7. Programmazione e attuazione della Trasparenza	73
SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	84
3.1. STRUTTURORGANIZZATIVA	84
3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO A DISTANZA (POLA)	88
3.3. PIANO TRIENNALE DEI FASSBISOGNI DI PERSONALE	90
3.4. PIANO FORMATIVO AZIENDALE	91
SEZIONE 4. MONITORAGGIO	97
4.1 VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE	97
4.2 RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	97
4.3 FORMAZIONE	98
4.4 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	98

I principi ispiratori

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

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 (PIAO), documento di durata triennale, entro il 31 gennaio di ogni anno e annualmente aggiornato.

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 PIAO 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.

Il PIAO ha come orizzonte finale la pianificazione degli obiettivi di Valore Pubblico (VP). Ogni azione di miglioramento della salute, ogni misura di gestione del rischio, ogni obiettivo di performance deve essere funzionale ad un obiettivo di valore pubblico. La sfida dell'Azienda in futuro sarà quella di arrivare ad un'integrazione sempre maggiore, ad una semplificazione del piano con obiettivi selezionati e indicatori sempre più adeguati, che incrementino il Valore Pubblico non dimenticando la propria mission a servizio della salute dei cittadini.

In particolare il PIAO sostituisce:

- il Piano della Performance (PdP), 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 (PTFP), poiché definisce gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e la valorizzazione delle risorse interne;
- il Piano delle azioni positive (PAP);
- 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.

L'Azienda vuole giungere ad una piena accountability verso i propri cittadini, attraverso il rafforzamento delle funzioni di governance, il potenziamento del governo clinico, lo sviluppo organizzativo, la gestione dei percorsi, realizzando obiettivi di performance semplici, efficaci e realizzabili. Dovrà essere capace di condotte etiche, non solo rendendo disponibili le informazioni (trasparenza), ma anche attivando e migliorando i processi di feedback da parte dell'utenza al fine di rafforzare la fiducia pubblica, diventando un pilastro della buona governance clinica frutto del proficuo lavoro di integrazione tra processi, ponendo al centro di tutto l'umanizzazione e l'eticità delle cure.

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

NOME AMMINISTRAZIONE	AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA	
SEDE LEGALE	VIA DELL'AMBA ARADAM, 9 - 00184 ROMA	
CONTATTI	TELEFONO: +39 06 77051	
	PEC: <u>AQ.SGA@PEC.HSANGIOVANNI.ROMA.IT</u>	
C.F. E P.I.	04735061006	
SITO WEB	<u>HTTPS://WWW.HSANGIOVANNI.ROMA.IT/</u>	
LOGO	 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA  REGIONE LAZIO	

I.1 L'AZIENDA OSPEDALIERA SAN GIOVANNI ADDOLORATA

I.1.1. IL CONTESTO ESTERNO DI RIFERIMENTO

Il processo di riforma del SSR, avviato con il D. Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. e con la Legge Regionale Lazio 16 giugno 1994, n. 18, ha investito tutte le Aziende Sanitarie, comportando, in alcuni casi, fusioni tra diverse realtà, in altri la riorganizzazione del soggetto giuridico. Quest'ultima ipotesi è riconducibile all'AOSGA che, pur se non destinataria di accorpamenti con altre aziende, nel tempo ha dovuto rivedere la propria organizzazione in funzione degli indirizzi provenienti dalla programmazione sanitaria regionale in tema di razionalizzazione delle strutture ospedaliere (riduzione del numero delle strutture attraverso soppressione e accorpamenti di strutture di medesima disciplina), di ottimizzazione degli indici e dei parametri di attività (soppressione e/o accorpamento di strutture a bassi indici di produttività) e di riduzione dei posti letto (rientro nell'ambito del numero di posti letto fissati dalla programmazione regionale della rete ospedaliera, da ultimo, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 869 del 7 dicembre 2023).

Sita nel centro storico di Roma, l'AOSGA, gestisce il bacino di utenza naturale costituito dalla popolazione residente nonché quello aggiuntivo costituito dai turisti e pendolari.

I.1.2. LA NOSTRA 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 il suo lungo percorso dalla Roma repubblicana ad oggi, dunque dall'ospitalità della domus antica, attraverso l'accoglienza degli ospizi alto medioevali, sino alla cura del nosocomio moderno.

L'ospedale vero e proprio, fondato nel 1333 ed edificato nel 1338, costituisce oggi una moderna Azienda Ospedaliera di ampio respiro internazionale, dove al suo interno operano diverse Unità Operative multidisciplinari con caratteristiche di Alta Specializzazione. L'Azienda svolge la propria attività assistenziale sui seguenti presidi:

PRESIDIO OSPEDALIERO "SAN GIOVANNI"



È il Presidio 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.

Si caratterizza come polo Oncoematologico 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 "ADDOLORATA"



PRESIDIO OSPEDALIERO "BRITANNICO"



È Presidio monospecialistico dedicato all'attività oculistica, sia in regime di ricovero ordinario che diurno, sia per le attività di specialistica ambulatoriale compresa l'attività operatoria. In tale Presidio si colloca la Banca degli Occhi della Regione Lazio.

PRESIDIO OSPEDALIERO "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 il corpo A del P.O. 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://hsangiovanni.roma.it/documenti/Organigramma.pdf

Nell'ambito dei Presidi ospedalieri insistono immobili ed intere aree di particolare e significativa valenza archeologica – storico – artistica - architettonica, così come di seguito riportati:

Interno Presidio Ospedaliero San Giovanni (area sottoposta a vincolo)		
CORPO F	<i>Piani –I e –II</i>	Interno: Ipogeo Oratorio Paleocristiano Esterno: strutture archeologiche romane (botteghe e strada in basolato) e medioevali (mura di contenimento)
	<i>Piano – I</i>	Ipogeo Bottega del vetraio
	<i>Piano terra</i>	Portico alla maniera medioevale ricostruito nel '900, Antico Ospedale dell'Angelo di istituzione medioevale con Spezieria attiva dal XVII secolo
	<i>Piani I e II</i>	Antica Casa Prefettizia della Confraternita del SS. Salvatore, trasformata in convento delle Piccole Suore della Misericordia nel '800
CORPO G	<i>Piani –I e –II</i>	Ipogeo Impianto Termale della Domus Anniorum
	<i>Piano terra</i>	Chiesa dei Santi Andrea e Bartolomeo risalente al Vi-VII secolo; Vecchia Corsia Ospedaliera (Sala Folchi), Sala d'Angolo (Sala Antico Atrio). Edificate nel XV, rielaborate nel XVII, restaurate nel XX secolo
	<i>Primo Piano</i>	Stessa edificazione della Vecchia Corsia Ospedaliera e della Sala d'Angolo. Oggi ospita la Scuola Infermieri e Sala Convegno Luigi D'Elia con ambienti annessi
	<i>Secondo Piano</i>	Stessa edificazione della Vecchia Corsia Ospedaliera e della Sala d'Angolo. Oggi ospita gli spogliatoi ed i bagni per il personale Sanitario
CORPO H	<i>Piani –I e –II</i>	Ipogeo Peristilio Domus Anniorum
	<i>Piano terra</i>	Nuova Corsia Ospedaliera (Sala Mazzoni) e corridoio laterale con uffici amministrativi e bagni, quali corpi bassi verso il cortile monumentale

	<i>Mezzanino</i>	Corridoio laterale: da un lato affaccio su Nuova Corsia Ospedaliera (Sala Mazzoni) e dall'altro uffici amministrativi
	<i>Primo Piano</i>	Spazio non tramezzato a rustico (Corsia Maggiorani)

AREA ESTERNA CORPI G / H	<i>Livello stradale</i>	Cortile Monumentale con colonna Crucifera, reperti archeologici e Ninfeo dell'Acqua Felice
CORPO I	<i>Piani I e II</i>	Casa dei Cappellani
AREA ESTERNA CORPI H / I	<i>Livello stradale</i>	Giardini verso Via Amba Aradam con fontana a doppia vasca di materiali rinascimentali, Dittico in trabeazione a colonne assemblato nel 1980 e mosaico termale proveniente dagli Horti di Domitia Lucilla
AREA ESTERNA CORPI D/C	<i>Piani –I e –II</i>	Strutture archeologiche a vista: Tabernae, Enopoli, Horti Domitia Lucilla e Fullonica

Interno Presidio Sanitario Santa Maria (area sottoposta a vincolo)		
CORPO L	<i>Esterno</i>	Antica Area Cimiteriale riconvertita a giardino
	<i>Piano terra</i>	Antica Cappella di Santa Maria delle Grazie riconvertita ad uso socio-sanitario
	<i>Piano terra e Piano I</i>	Antico Ospizio di Sant'Antonio riconvertito ad uso socio-sanitario
CORPO M	<i>Livello stradale</i>	Spazio Polifunzionale esterno con anfiteatro realizzato nel XXI secolo
	<i>Piano terra</i>	Portico e Corsia delle Donne con ambienti annessi e con corridoio laterale con uffici amministrativi e spazi funzionali (cucina e locali deposito)
	<i>Piano I</i>	Antica Corsia (Sala Pucinotti) oggi consultorio della ASL RM I con ambienti annessi
CORPO N	<i>Piano – I</i>	Doppi ambienti a galleria, ricavati dalle antiche mura riferibili all'acquedotto Claudio, che in età antica hanno probabilmente avuto uso di cantina

	<i>Piani I- II - III</i>	Abitazioni al civico 72 su Piazza San Giovanni (intero edificio) oggi sede della Ditta esterna che si occupa di Manutenzioni edili ed impiantistiche e dell'Ufficio Tecnico che si occupa delle medesime manutenzioni e progettazioni
CORPO O	<i>Piano -I:</i>	Ipogeo c.d. Domus Licinio Sura
	<i>Piani rialzati</i>	Centro Poliambulatori

Presidio Ospedaliero Britannico (Sito esterno sottoposto a vincolo) (Edificio non sottoposto a vincolo)		
AREA ESTERNA CON MURO DI CONFINE	<i>Livello stradale</i>	Mura dell'Antico Acquedotto Celimontano
	<i>Piano terra e Piano I</i>	Antica cisterna Romana riconvertita in casale di portierato, con annessa piccola casina e pozzo
	<i>Piano -1</i>	Primo Ipogeo a due ambienti con volta a botte; Secondo Ipogeo a due ambienti con volte a botte, questo sicuramente utilizzato nel XIX secolo come magazzino
L'intero corpo di Fabbrica non è vincolato. Vede la propria istituzione nel 1908 ad opera della congregazione di Suor Mary Potter, quale Calvary Hospital. Il Presidio è interamente votato alle cure oftalmiche, con la Banca degli occhi e La Fondazione BIETTI IRCSS; al primo piano vi sono gli uffici amministrativi e sanitari del Medico Competente, compresi i gabinetti medici per le somministrazioni vaccinali. È costituito da un enorme edificio a forma di T in mattoni rossi, con cinque piani (un seminterrato e quattro piani fuori terra) e tetti piani (sono presenti anche delle cantine). La grande cappella occupa lo spazio in cui si incontrano le tre ali. È accessibile dalla reception al piano terra e ci sono gallerie al primo e al secondo piano.		

Interno Presidio Ospedaliero Addolorata (Edificio sottoposto a vincolo)
Intero Corpo di Fabbrica edificato nel 1905 ed entrato in funzione nel 1907 per disposizione dei Conti Cerasi. L'edificio pone le sue fondamenta direttamente nell'area di sedime della Domus Valerionum, divenuto Xenodochio S. Melania nel medioevo

Parte del patrimonio storico archeologico, è stato restaurato e ristrutturato in diversi vari momenti, per mantenerlo e poterlo rendere fruibile allo svolgimento di attività o eventi sanitari, socio-sanitari e culturali; si favorisce l'organizzazione interna ed esterna di visite guidate alle opere architettoniche, archeologiche ed artistiche.

Costituisce, inoltre, bene immobile nella disponibilità dell'Azienda l'unità immobiliare sita in Via dell'Amba Aradam n. 9 Sede Legale dell'Azienda.

Costituiscono patrimonio mobiliare vincolato dell'Azienda i beni culturali mobili ricompresi nel censimento della Sovrintendenza Comunale del 1983/92.

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.

1.1.3. I SERVIZI EROGATI

L'AOSGA si caratterizza per la sua funzione pubblica di tutela della salute, capace di risposte tempestive e soddisfacenti alle esigenze degli assistiti, individuando il riferimento costante della propria azione nella cura della persona. Soddisfa la domanda di salute espressa dagli assistiti, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, assicurando interventi essenziali, efficaci, efficienti, appropriati, personalizzati ed orientati all'innovazione.

In attuazione dell'art. 32 della Costituzione e ai sensi dell'art. 117 della Costituzione ed in attuazione del D.Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii. nonché delle leggi regionali a tutela del diritto alla salute, assicura l'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche, terapeutiche e riabilitative oltreché di prevenzione, nell'ambito degli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale, tenendo conto delle risorse strutturali, tecnologiche, finanziarie, organizzative e umane in dotazione.

All'erogazione delle prestazioni, l'AOSGA concorre con l'obiettivo di favorire lo sviluppo omogeneo del Servizio Sanitario Regionale.

Nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 e delle direttive regionali in materia, l'AOSGA garantisce, indistintamente ad ogni cittadino italiano o straniero nonché alle persone migranti, qualunque ne sia il sesso l'età o la religione, prestazioni di assistenza ospedaliera di alta specializzazione e di emergenza-urgenza.

Le prestazioni erogate sono rivolte a trattare, di norma, in via prevalente:

- condizioni patologiche acute di emergenza e urgenza;
- patologie acute programmate che necessitano di una fase di pre-ricovero, di ricovero elettivo e di follow up post-ricovero.

Le prestazioni rivolte a trattare le condizioni patologiche acute sono effettuate in percorsi:

- di ricovero di emergenza e/o urgenza (linea dell'emergenza);
- di ricovero ordinario programmato (linea di elezione);
- di ricovero diurno programmato (linea di elezione);
- ambulatoriali;
- di trattamento sanitario obbligatorio.

L'AOSGA è organizzata anche in aree di degenza post-acuti per la riabilitazione cardiovascolare e neuromotoria in continuità con il ricovero acuto cardiologico e neurologico, ponendosi anche in relazione con la prosecuzione di cure nei vari setting assistenziali territoriali (riabilitazione intensiva, assistenza domiciliare integrata, RSA, lungodegenza e hospice) organizzati dalle ASL regionali, a tutela e garanzia della prossimità della presa in carico nel territorio di residenza dei cittadini.

È integrata nelle reti definite dalla Regione Lazio per livelli di assistenza e per patologia, con le modalità e le funzioni declinate dall'organo regionale in quanto modelli di assistenza/assetto multi-organizzativi in cui il coordinamento e l'integrazione - in relazione al bisogno di salute, alla complessità e alla prossimità geografica - avviene in diversi livelli: infraziendale, interaziendale e regionale. L'obiettivo è di affrontare specifici problemi di salute rispondendo efficacemente al modello di rete definito a livello regionale e in cui l'AOSGA è stata collocata in posizione di rilievo e creare altresì funzioni di raccordo e integrazione con altre strutture sanitarie ospedaliere e territoriali. È inserita con diverse competenze e gradi di complessità nelle reti regionali tempodipendenti e non.

L'AOSGA è riferimento regionale di alta specializzazione, con utenti che provengono per questo anche da fuori Regione e dalle ASL dell'intera Regione Lazio; è impegnata a ricercare continuità e relazioni con i MMG e le ASL di residenza degli assistiti, a garanzia della continuità delle cure; costituisce, inoltre, riferimento per i cittadini del territorio in cui è inserita, residenti nei Municipi della Città di Roma, ponendosi al Centro della Città, a cavallo dei territori della ASL Roma I e Roma 2, e persegue, come interesse rilevante, l'integrazione con le Aziende Sanitarie regionali e, in particolare, con le Aziende ASL di Roma e Provincia.

Nello specifico, instaura con le Aziende territoriali rapporti di collaborazione per la gestione integrata di particolari categorie di pazienti, quali gli anziani fragili affetti da multimorbilità e i pazienti affetti da patologie croniche per i quali vengono definiti, d'intesa, percorsi diagnostico terapeutici assistenziali all'interno dei quali vengono assicurati interventi specialistici di competenza, anche tramite l'utilizzo della telemedicina, per la continuità della presa in carico e l'assistenza post dimissione ospedaliera.

È altresì connessa con le ASL territoriali e le Associazioni dei pazienti per la prevenzione diagnosi e cura specialistica di pazienti oncoematologici, le attività di screening svolte dalle Aziende Sanitarie Locali e quale risposta agli esiti delle numerose chirurgie specialistiche e della radioterapia, Specifiche modalità di collaborazione prevedono infatti l'integrazione di unità specialistiche dell'Azienda per gli interventi di 2° e 3° livello nell'ambito dei programmi di screening regionali gestiti dalle Aziende territoriali.

Presso l'AOSGA è, altresì, allocato il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura della ASL Roma 2 che opera autonomamente, con rapporti di collaborazione reciproca

1.1.4. CAPACITÀ RICETTIVA DEL “POLO OSPEDALIERO”

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla Delibera Regione Lazio 7 dicembre 2023, n°869, la capacità ricettiva in posti letto del “Polo Ospedaliero”, costituito dai Presidi di cui al precedente paragrafo, 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 “Chirurgia oncologica-Maxillo, Urologia e Ortopedia e traumatologia”**, che accolgono pazienti più complessi in ricovero programmato superiore alla degenza di 5 giorni;

- **reparti di ricovero di “Week surgery donna e Week polispecialistica”**, 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 “Chirurgia d’urgenza - ORL”** 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.

È presente inoltre un’area adiacente al Blocco Operatorio del primo piano-del P.O. San Giovanni, riservato alle attività operatorie di Day Surgery.

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 surgery, consentono di perseguire un utilizzo più efficiente delle risorse.

Presso l’Azienda è allocato il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura della ASL Roma 2 che opera autonomamente, secondo la regolamentazione stabilita tra le due Aziende.

La programmazione, a livello regionale, delle reti assistenziali identifica il posizionamento dell’Azienda nelle stesse come riportato sinteticamente dalla tabella seguente:

RETE	POSIZIONAMENTO AZIENDA
EMERGENZA	DEA II Livello
ICTUS	Unità di trattamento neurovascolare (UTN) di I livello
CARDIOLOGICA	Cardiologia/UTIC Servizio di emodinamica
PERINATALE	Unità Perinatale di II livello
TRASFUSIONALE	Servizio Immuno – Trasfusionale
TRAUMA	Centro Trauma di Zona (CTZ)

1.1.5. 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.

Customer Satisfaction

Le indagini di Customer Satisfaction, condotte periodicamente dalla U.o.s.d. Ufficio Relazioni con il Pubblico Umanizzazione, accoglienza, rapporti con il volontariato e le Associazioni di pazienti, consentono di portare avanti in maniera costante e sistematica l'analisi del gradimento dei servizi offerti agli utenti.

Affinché i risultati che emergono dalla elaborazione dei dati raccolti attraverso le indagini possano considerarsi validi, si rende necessario predisporre l'attività di Customer Satisfaction secondo standard metodologici e procedere alla interpretazione e contestualizzazione dei dati raccolti, in modo che questi, unitamente alle informazioni provenienti da altre fonti, possano divenire informazione concreta e consentire proposte migliorative o correttive delle criticità evidenziate. Gli stessi dati raccolti, alla luce delle disposizioni contenute nel D. Lgs.27 ottobre 2009 n. 150, attuativo della legge 4 marzo 2009 n. 15 (Decreto Brunetta), possono essere utilizzati nell'ambito della valutazione della performance.

[Link Customer Satisfaction](#)

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.

La visione strategica dell'Azienda consiste nel voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare i bisogni e le aspettative dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche, delle conoscenze. Più in particolare è orientata a:

- + realizzare un'organizzazione finalizzata a garantire servizi sanitari equi, efficaci, appropriati, tempestivi e a misura di persona;
- + valorizzare in maniera costante, continua, partecipata le proprie risorse umane sviluppandone le competenze ed abilità, e assicurandone il benessere psicofisico;
- + adeguare ed aggiornare le proprie risorse strumentali, tecnologiche ed informatiche al fine di erogare servizi sanitari in linea con la ricerca scientifica più avanzata;
- + adottare e innovare 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;
- + adottare procedure che garantiscano l'appropriatezza e l'evidenza scientifica degli interventi sanitari, garantendo la sicurezza delle cure.

Capace di risposte tempestive e soddisfacenti alle esigenze degli assistiti, individua come riferimento costante della propria azione la cura della persona.

Sull'orizzonte dei propri principi ispiratori quali la centralità della persona ed il rispetto della dignità umana, l'universalità dell'assistenza e l'equità nell'accesso ai servizi, la qualità, l'efficacia, la sicurezza e l'appropriatezza delle cure, l'eticità e la trasparenza delle scelte e dei comportamenti, la sostenibilità economica e l'efficienza gestionale, soddisfa la domanda di salute espressa dagli assistiti, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie, assicurando interventi essenziali, efficaci, efficienti, appropriati, personalizzati ed orientati all'innovazione.



FIGURA 1 Particolare del ciclo pittorico dedicato alle 14 opere della Misericordia (1599) presente nell'antica casa prefettizia del S.S. Salvatore (oggi convento delle Piccole Suore della Misericordia).

I.3 COSA ABBIAMO FATTO

I.3.1. VALORIZZAZIONE DEGLI ASSET AZIENDALI

Atto Aziendale

A seguito dell'approvazione delle nuove linee guida per l'adozione dell'Atto Aziendale (DGR n. 310 del 02 maggio 2024), e a seguito di un'approfondita analisi dei principali asset presenti in Azienda e delle linee di sviluppo ipotizzate in coerenza con gli atti programmatori regionali, l'Azienda ha formulato una proposta di nuovo Atto Aziendale, revisione del vigente, adottata con Deliberazione n. 178 del 18 marzo 2025 e approvata dalla Regione Lazio con Deliberazione di Giunta Regionale n. 190 del 3 aprile 2025 pubblicata sul BURL n. 28 dell'8 aprile 2025.

Tra le principali innovazioni inserite nel nuovo Atto Aziendale finalizzate alla valorizzazione di ambiti di eccellenza aziendali vi sono:

- ***L'istituzione del Dipartimento Oncoematologico***, con la finalità di **presa in carico del paziente oncologico ed oncoematologico** attraverso il percorso clinico assistenziale integrato dalla diagnosi fino alle **cure palliative**, caratterizzato quest'ultimo dall'integrazione multiprofessionale e dalla creazione di gruppi tumore-specifici (Tumor Board) che attuano i diversi PDTA;
- ***L'istituzione del Dipartimento Materno Infantile***, comprendente le UU.OO. Ostetricia e Ginecologia, Neonatologia e TIN, Cardiologia Pediatrica e Salute Riproduttiva e IVG, con la logica di rappresentare un **riferimento strutturale e funzionale per la salute della donna e del bambino** anche in considerazione della variabilità etnica, sociale e culturale. Tale modello dipartimentale materno infantile costituisce il primo passo per un progetto di sviluppo più ampio che, coinvolgendo anche le Asl Roma 1 e Asl Roma 2, consenta di integrare i servizi ospedalieri con quelli territoriali, i Distretti e i Pediatri di Libera scelta per la costruzione di percorsi congiunti che migliorino accessibilità ed equità nelle cure, nonché elemento di integrazione funzionale in risposta al **miglioramento del percorso nascita e promozione della salute del bambino**. Si precisa che l'Azienda ha già realizzato importanti investimenti per la ristrutturazione dei reparti afferenti al Dipartimento (compreso il Blocco travaglio parto).

Successivamente all'approvazione regionale dell'Atto si è dato seguito alle azioni necessarie alla sua attuazione quali la revisione dei regolamenti aziendali prevista dalle linee di indirizzo regionali, la **piena operatività** del nuovo assetto dipartimentale, l'attivazione delle nuove articolazioni organizzative in esso previste quali, tra le più significative, la **UOC Chirurgia Plastica Ricostruttiva**, la **UOC Fisica Medica**, la **UOSD PDTA e Qualità dei Processi**, la **UOSD Gestione ALPI** e la **UOSD Psicologia Ospedaliera**.

Sono stati, inoltre, rafforzati gli strumenti per il potenziamento del governo clinico, lo sviluppo organizzativo, la gestione dei percorsi con particolare riferimento alla **logistica del paziente**, al **percorso chirurgico e oncologico**.



Sempre nell'ottica del rafforzamento delle funzioni di governance la Direzione Amministrativa è stata divisa in due principali aree: l'Area Risorse Umane e Finanziarie e l'Area Tecnica e Patrimoniale. Nell'ambito di questa riorganizzazione il cambiamento più significativo è stato il potenziamento dell'inquadramento organizzativo a **UOC dell'Ingegneria Clinica** (prima UOSD) in considerazione del ruolo di rilevanza strategica da essa ricoperto nella gestione dell'importante apparato tecnologico dell'Azienda e nell'espletamento delle procedure di gare, servizi di manutenzione, assistenza tecnica, verifica e collaudo delle apparecchiature elettromedicali con l'obiettivo di garantire la continuità delle prestazioni assistenziali.

È stato, altresì, predisposto uno studio di fattibilità per la realizzazione di un reparto di medicina nucleare dotato sia di sezione diagnostica che di degenza radioprotetta, è stato attivato il nuovo laboratorio di genetica connesso alla catena del laboratorio centrale ed implementata la dotazione informatica attraverso l'upgrade di una serie di applicativi verticali al fine di migliorare l'efficienza e l'interconnessione delle attività cliniche con quelle dei servizi di supporto, quali il laboratorio di patologia clinica, di anatomia patologica, di radiologia e infine dei blocchi operatori.

Riorganizzazione dell'attività di degenza

Si è intervenuti reingegnerizzando il percorso del ricovero a ciclo continuo in condizioni di emergenza-urgenza, intervenendo sia su elementi strutturali, come la ristrutturazione dei locali del Pronto Soccorso riorganizzandoli secondo **una logica dell'intensità di cura** e la ristrutturazione di alcuni reparti di degenza. Tali interventi, pur essendo in parte ancora in corso, hanno comportato cambiamenti significativi oggettivamente nel **miglioramento degli indicatori di pronto soccorso** sia nell'attivazione di ulteriori posti letto (18 di medicina) sia nell'attivabilità di ulteriori 8 posti di rianimazione e 3 di area chirurgica.

È stato creato uno spazio di DH medico integrato multispecialistico per razionalizzare le operatività assistenziali e recuperare spazi nella parte della struttura destinata ai ricoveri a ciclo continuo.

Al fine di **migliorare** il risultato e ridurre il tempo medio di **attesa in PS**, l'Azienda ha consolidato azioni per facilitare il ricovero da PS nei reparti di degenza ospedalieri, tra cui l'**holding area** (area di ricovero da PS in attesa di posto letto libero nel reparto definitivo), l'**area di predimissione** (area di gestione dei pazienti in dimissione dal reparto, ancora in ospedale in attesa dei propri congiunti) e pianificando la creazione di un reparto di degenza infermieristica.

La Centrale Operativa Ospedaliera collabora quotidianamente, per i trasferimenti da PS alle Case di Cura Accreditate, per il coordinamento dei trasferimenti intraospedalieri e per il trasferimento dei pazienti dai reparti di degenza ad altro setting assistenziale.

Presso la Direzione Medica di Presidio si è istituita l'**unità di crisi tra i responsabili dei ricoveri da PS** e dei ricoveri nei reparti di degenza, nonché i servizi specialistici che collaborano nella riduzione dei tempi di attesa della diagnostica, insieme alla COO, alla Direzione delle Professioni Sanitarie, ai responsabili degli OSS/OTA per i trasporti intraospedalieri dei pazienti. L'unità di crisi si tiene ogni settimana, con la valutazione dei dati di attività della settimana precedente, ad opera della COO, comprensivi di dimissioni antimeridiane e pomeridiane nonché di disponibilità di posti letto nel corso dei turni notturni, in caso di decessi.

I.3.2. AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO E STRUTTURALE

Gli interventi di ammodernamento hanno beneficiato di fonti di finanziamento diversificate:

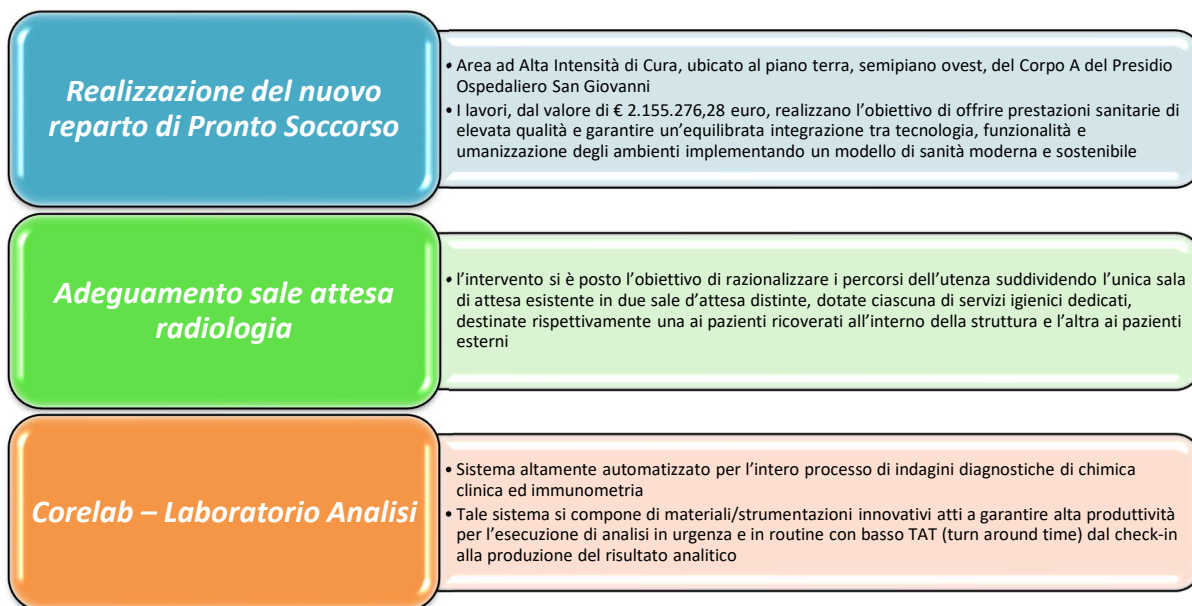
- Fondi aziendali
- Giubileo 2025
- PNRR
- DL 34/2020



Si è proceduto nelle seguenti direzioni:

- Adeguamento/ristrutturazione degli spazi dedicati alle attività sanitarie e di supporto per renderli più idonei alle attività clinico-assistenziali;
- Progettazione ed esecuzione lavori di adeguamento su sicurezza, ambienti, strutture e information technology;
- Ammodernamento della dotazione tecnologica sia per quanto attiene le grandi macchine che le attrezzature e gli arredi sanitari.
- Implementazione, mediante acquisizione di nuove attrezzature, delle capacità assistenziali dell'Azienda attraverso la predisposizione di specifiche progettualità.

Lavori conclusi



***P.O. San Giovanni: ultimazione
e attivazione Reparto
Ortopedia***

- Il nuovo reparto di Ortopedia è ubicato al piano terzo del Corpo "B" del Presidio Ospedaliero San Giovanni.
- I lavori rientrano nel finanziamento disposto nell'ambito della D.G.R. n. 861 del 19/12/2017 avente come oggetto "Piano Decennale in Materia di Edilizia Sanitaria ex art. 20, Legge n° 67/68 – Investimenti in Edilizia Sanitaria, Terza Fase (Scheda n° 66) per un valore di quadro economico € 1.283.203,19". Per minimizzare l'impatto sulle prestazioni sanitarie, il cantiere è stato suddiviso in 2 fasi. Complessivamente il reparto dispone di 52 pp.II.
- Gli interventi previsti dal progetto hanno interessato un'area complessiva di circa 1500 mq, assumendo come obiettivi prioritari:
- La funzionalità della distribuzione generale sia per l'accoglienza dell'utenza che per il miglioramento delle prestazioni sanitarie;
- Il rinnovamento di tutte le dotazioni tecnologiche ed impiantistiche atte a garantire gli standard di una struttura all'avanguardia per i pazienti ortopedici che accedono sia in regime di elezione che di urgenza.
- Tale ristrutturazione ha offerto la possibilità di identificare il layout di riferimento per tutte le successive azioni di riallestimento dei reparti di degenza.

***P.O. San Giovanni:
Realizzazione ufficio ricoveri e
riqualificazione area
accoglienza nell'atrio del
Corpo C***

- La riqualificazione dell'atrio del Corpo C, situato al piano terra del Presidio Ospedaliero San Giovanni, rappresenta un importante intervento di rinnovamento funzionale e architettonico. L'opera si è resa necessaria per accogliere nuove funzioni legate alla riorganizzazione delle attività di ricovero, offrendo al contempo l'opportunità di ripensare in chiave moderna e accogliente gli spazi destinati all'ufficio accoglienza e informazione e all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)
- Finanziato con fondi aziendali per un importo di circa 250.000 euro, l'intervento è stato finalizzato a migliorare la qualità dell'accoglienza e la comunicazione con i pazienti. All'interno del nuovo atrio trovano, inoltre, spazio elementi decorativi ispirati alle aree archeologiche presenti nel presidio, che evocano la storia del luogo e ne raccontano la stratificazione culturale e architettonica
- Nel complesso, le opere hanno riguardato una superficie di oltre 670 metri quadrati, comprendente:
 - il nuovo ufficio ricoveri con annessi spazi d'attesa dedicati;
 - le postazioni accoglienza;
 - il nuovo ufficio URP;
 - la sala d'attesa;
 - il connettivo di collegamento con gli altri edifici.

Interventi in corso di esecuzione e/o progettazione:

Lavori Antisismica

Relativamente alla **"Missione 6: Salute – componente M6C2: Innovazione, Ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale – Investimento I.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile – Identificazione delle strutture del Piano regionale a valere sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e sul Piano Nazionale Complementare al PNRR (PNC)"** si rappresenta che, relativamente ai lavori, ex PNC, da realizzarsi al P.O. Santa Maria Corpo O è stato redatto il progetto esecutivo la cui validazione è in fase di conclusione, mentre per i lavori da realizzarsi negli edifici vincolati, P.O. Santa Maria Corpi PQRST e P.O. Britannico, la validazione del PFTE, in accordo

con la Soprintendenza Belle Arti e Paesaggio è in fase di conclusione.

Con riferimento ai suddetti lavori ex PNRR da realizzarsi al P.O. San Giovanni Corpi B e D, è stato validato il PFTE ed è in corso di verifica e validazione il progetto esecutivo.

Si rappresenta che si è tuttora in attesa dell'ammissione a finanziamento da parte del Ministero della Salute.

Attività DL 34/2020

In attuazione del DL 34- Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34, la Regione Lazio con DGR 671 del 06/10/2020 ha approvato il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera Covid-19, che ha previsto per l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata gli interventi di seguito descritti:

DESCRIZIONE	Numero posti letto	Stato
Terapia semintensiva piano -I - corpo B con attrezzature e arredi	16	Lavori Conclusi
Terapia semintensiva piano 6 – corpo B con attrezzature e arredi	12	Lavori Conclusi
Pronto Soccorso piano -I Corpo B con attrezzature e arredi	n.a	Lavori Conclusi
Terapia intensiva corpo A con attrezzature e arredi	10	Lavori in corso previsione di fine al 31 Marzo 2026

P.O. Addolorata – Realizzazione 20 PI di Riabilitazione e 16 PI di degenza infermieristica

L'intervento, finanziato con D.G.R. n. 861 del 19/12/2017 schede 67 e 69, prevede oltre alla realizzazione di 20 pl di Riabilitazione e 16 pl di degenza infermieristica al II piano dell'ala destra del presidio in conformità alle disposizioni di messa a norma antincendio previste dal DM 19 Marzo 2025 per un totale di mq 1203 il totale rifacimento del tetto sovrastante, per un totale mq 1241, profondamente ammalorato. L'intervento è in corso e si prevede l'ultimazione entro il primo semestre 2026;

P.O. Addolorata - Medicina nucleare

Con Delibera 495 del 04/07/2025 è stato approvato di Documento di indirizzo alla progettazione (DIP) relativo alla "Realizzazione del nuovo reparto di medicina nucleare" da realizzarsi al P.O. Addolorata.

Tale documento è stato trasmesso ai competenti uffici della Regione Lazio ai fini dell'ammissione a finanziamento.

Il nuovo reparto prevede l'installazione di due SPECT/CT e di una PET/CT e la realizzazione di tutti i locali accessori necessari al corretto funzionamento delle apparecchiature come da normativa vigente.

Saranno realizzate anche n. 4 stanze di degenza da un PL ciascuna, destinate ai trattamenti radio-metabolici. L'area di intervento si svilupperà su una superficie di circa 1000 mq.

Il Servizio di Medicina Nucleare rappresenta per l'AO S.Giovanni Addolorata il naturale completamento del percorso diagnostico-terapeutico del paziente oncologico all'interno del PO

Addolorata e sede della Brachiterapia, della Radioterapia, dell'Oncologia, dell'Ematologia nonché del laboratorio di galenica.

Importo totale finanziamento richiesto € 1.407.764,00.

P.O. San Giovanni – Realizzazione 14 PI di terapia semintensiva

Tali interventi, realizzati con fondi Aziendali, sono complementari ai 10 PL di terapia Intensiva in corso di realizzazione al corpo A del P.O. San Giovanni con fondi DL 34. L'intervento comprensivo di arredi e attrezzature è in corso e si prevede l'ultimazione entro il primo trimestre 2026;

P.O. San Giovanni – Realizzazione pronto soccorso area bassa intensità e percorso febbre

Tali interventi, realizzati con fondi Aziendali, completano al piano terra del corpo A gli interventi conclusi con fondi Giubileo, descritti nell'apposito paragrafo della presente relazione, per la realizzazione dell'area di PS ad alta intensità di cura. L'intervento è in corso e si prevede l'ultimazione nel I trimestre 2026;

P.O. San Giovanni – Potenziamento degli impianti elettrici di emergenza: Gruppi elettrogeni

Tale intervento, realizzato con fondi aziendali, è complementare agli interventi finanziati con fondi Giubileo per il potenziamento degli impianti elettrici di MT e degli impianti elettrici di Bassa tensione di continuità assoluta (UPS). Con tali interventi si vuole implementare, potenziare e riqualificare la rete di alimentazione elettrica del P.O. San Giovanni con particolare riferimento agli impianti necessari alla sicurezza e alla continuità dell'alimentazione delle utenze. Tali interventi iniziati nel 2025 verranno completati nel 2026 con la fornitura e l'installazione di due nuovi GE da 2500 KVA ciascuno;

P.A. Santa Maria – Realizzazione 18 PL di Day Hospital

Con tali interventi, realizzati con fondi Aziendali, si trasferiranno attività di Day Hospital al Presidio Santa Maria in quanto destinato ad attività diurna ambulatoriale. Per tale intervento si prevede l'attivazione entro Febbraio 2026.

A quanto sopra esposto si aggiungono le pianificazioni per la riqualificazione impiantistica ed edilizia che nel prossimo triennio consentiranno all'Azienda Ospedaliera di porre in essere un importante percorso di ammodernamento nell'ottica di una sempre più spinta visione globale di efficienza e efficacia della cura che non può prescindere dalla sicurezza, dall'umanizzazione, dall'implementazione tecnologica e dall'efficientamento energetico degli spazi.

Messa a norma antincendio dell'intera azienda Ospedaliera

Con DGR 415 del 05/06/2025 sono stati finanziati gli interventi di messa a norma antincendio nel rispetto del dettato normativo di cui al DM interventi per € 37.568.200,00.

Ristrutturazione Degenze al P.O. San Giovanni

Tali interventi sono oggetto di finanziamento Legge 448/98 ex art 71 per un totale complessivo di € 35.170.598,16.

Per la realizzazione di tali interventi, al fine di garantire una gestione omogenea delle differenti fasi dei procedimenti che gravano su fonti di finanziamento differenti, e al fine di garantire il raggiungimento dell'obiettivo nel modo più efficace, efficiente e tempestivo, l'Azienda si sta organizzando preparando gli atti di gara relativi all'indizione di tre differenti accordi quadro:

- una procedura aperta finalizzata all'affidamento di servizi di ingegneria e architettura con specifico riferimento alla progettazione;
- una procedura aperta finalizzata all'affidamento in appalto integrato di lavori relativi a lavori;
- una procedura aperta finalizzata all'acquisizione di arredi.

Progettazione ed esecuzione interventi Area Information Technology

Relativamente all'area dell'Information Technology le progettualità hanno riguardato le seguenti aree:

- Nuovo sistema RIS/PACS
- Nuovo sistema LIS
- Nuovo sistema di Anatomia Patologica
- Aggiornamento di tutte le postazioni di lavoro
- Aggiornamento dell'intera rete aziendale
- Sostituzione server
- Sviluppo app mobile per orientamento pazienti e servizi al cittadino;
- Sviluppo piattaforma di interoperabilità;
- Nuovo sistema di gestione dei blocchi operatori
- Sviluppo app per la micrologistica dei farmaci e dispositivi medici

Con riferimento alle rimodulazioni di cui alla DGR 297 del 02/05/2024 sono stati posti in essere interventi per la realizzazione della piattaforma di Enterprise Imaging e per l'aggiornamento dei server locali. Inoltre, sono state definite le modalità di impiego delle risorse (complessivamente pari a 2,7 milioni di euro) relative agli interventi in materia di:

- interoperabilità;
- blocchi operatori;
- dispositivi di area critica.

Con riguardo alla **Missione MI.CI.** (Digitalizzazione) risultano essere stati completati sia l'intervento relativo al progetto "PagoPA" che quello relativo alla "AppIO".

Gli interventi relativi alla **Missione M6 CI – 1.2.2 (Centrali Operative territoriali COT)** sono stati conclusi e collaudati.

Ammodernamento della dotazione tecnologica: grandi macchine

Per quanto concerne le grandi macchine, nell'ambito dei fondi del PNRR, si è provveduto all'acquisizione del nuovo angiografo vascolare digitale diretto e della nuova risonanza magnetica 1,5T entrambe installate nel Corpo C del Presidio san Giovanni.

Inoltre, tramite i fondi giubilari, si è provveduto al rinnovo tecnologico delle sale operatorie con particolare riferimento ai tavoli operatori, ai pensili di sala, ai portatili per radioscopia nonché a specifiche tecnologie di ultima generazione dedicate alla chirurgia laparoscopica; inoltre sono state acquisite apparecchiature per le aree critiche di Rianimazione, Terapia Intensiva e Pronto Soccorso quali nuove centrali di monitoraggio multiparametrico, sistemi per infusione farmaci, ventilatori polmonari, il tutto già predisposto per l'integrazione con la cartella clinica di prossima realizzazione.

Acquisizione di nuove apparecchiature: specifiche progettualità

L'azienda, nell'ambito delle attività d'implementazione in corso, ha definito come obiettivo prioritario quello della sostituzione di alcune apparecchiature radiologiche che andranno a completare l'ammodernamento tecnologico dell'intero parco grandi impianti.

Nel merito sono state messe in campo le progettualità di seguito riportate che vedranno l'utilizzo sia di fondi ex art 20 sia di fondi regionali:

➤ **Finanziamento ex Art. 20 L. 67/55**

- Acquisizione di n. 2 sistemi angiografici per emodinamica
- Sostituzione del Tomografo a Risonanza magnetica del PO Addolorata

➤ **Fondi regionali**

- Acquisizione di n. 1 mammografo digitale diretto con tomosintesi per la Breast Unit
- Acquisizione di n. 1 TC Cardio e di n. 1 Risonanza Magnetica 3T da installare nella radiologia del Corpo C del PO S. Giovanni al fine di adempiere ai recenti dettami regionali in termini di requisiti tecnologici in aziende sedi di DEA di II livello.
- Acquisizione di n. 1 Acceleratore lineare e n. 1 TC simulatore a parziale completamento della radioterapia, in attesa dell'approvazione dello Studio di fattibilità relativamente all'installazione della RM_LINAC, tecnologia di ultimissima generazione nel settore dei trattamenti radioterapici di precisione.

I.3.3. POLITICHE DEL PERSONALE

A partire dall'insediamento quale Commissario Straordinario dell'Azienda e successivamente quale Direttore Generale, si è prestata particolare attenzione al soddisfacimento del fabbisogno assunzionale e alla necessaria copertura delle rilevanti vacanze di personale, particolarmente acute nel corso del 2022 e 2023.

A tal proposito, dopo aver analizzato l'andamento del personale distinto per unità operativa negli anni 2022/2024 e con indicazione, ove possibile, anche delle situazioni di soggetti con prescrizioni e/o limitazioni al lavoro, è stata elaborato un analitico e dettagliato documento delle primarie esigenze assunzionali, sempre distinto per unità e sempre con l'indicazione del personale cessato, delle caratteristiche e delle funzioni di ciascuna unità.

La Regione ha autorizzato l'Azienda alle assunzioni e l'andamento dell'organico nel corso degli anni 2024-2025 è sintetizzato nella tabella che segue:

Tempo indeterminato	Anni		
Tipologia	2023	2024	2025
Dirigente medico	487	487	490
Dirigente sanitario	32	33	33
Dirigente PTA	13	15	16
Comparto ruolo sanitario	1.261	1.310	1.332
Comparto altri ruoli e OSS	251	329	424
Totale tempo indeterminato	2.044	2.174	2.295

Tempo determinato	Anni		
Tipologia	2023	2024	2025
Dirigente medico	10	22	57
Dirigente sanitario	3	2	1
Dirigente PTA	2	1	1
Comparto ruolo sanitario	14	15	28
Comparto altri ruoli e OSS	89	0	2
Totale tempo determinato	118	40	89
Totale Complessivo	2.162	2.214	2.384

Relazioni sindacali

Sono stati approvati gli accordi sindacali per l'attribuzione del differenziale economico di professionalità per il comparto per l'anno 2024, per la corresponsione del risultato anno 2023 sia per il comparto che per l'area della dirigenza.

Nel corso del mese di dicembre 2024 sono stati stipulati gli accordi sindacali in merito alle progressioni verticali, alle prestazioni aggiuntive della dirigenza e del comparto, alla pronta disponibilità della dirigenza e del comparto, alle guardie della dirigenza e alla mobilità interna.

Nel mese di giugno e luglio 2025 sono stati approvati gli accordi sindacali relativi all'attribuzione dell'indennità di pronto soccorso per la dirigenza medica annualità 2022-2023-2024, per il comparto annualità 2022, per l'attribuzione della quota INAIL correlata alla predisposizione della certificazione d'infortunio per la dirigenza medica annualità, per l'attribuzione del risultato anno 2024 per la

dirigenza sanitaria, per il comparto e per la dirigenza PTA.
Sono state avviate le interlocuzioni per l'approvazione del DEP 2025.

Applicazione contrattuale

Sono stati conferiti n. 153 incarichi di natura professionale alla dirigenza sanitaria; sono altresì conferiti n.6 incarichi gestionali riferiti a strutture semplici a valenza dipartimentale e a strutture semplici afferenti a una UOC.

È in corso la procedura per il conferimento di cinque altri incarichi di natura gestionale.

Sono state avviate le interlocuzioni per l'applicazione del nuovo Contratto collettivo del comparto così come per l'approvazione del nuovo regolamento per il conferimento degli incarichi al personale di comparto.

Inoltre sono stati approvati il nuovo regolamento per l'accesso alla mensa e per la fruizione della pausa dei 10 minuti prevista dall'art. 8 del Dlgs. n. 66/2003 ed il regolamento per la disciplina del lavoro agile.

1.3.4. PRINCIPALI DATI DI BILANCIO

Di seguito, si riporta un quadro esplicativo, relativo all'Azienda, in cui vengono richiamati, a raffronto i valori del BEP assegnati per l'anno 2025 e i valori di preconsuntivo dell'esercizio 2025:

Fonte	Delibera 1099/2025 del 31/12/2025	CE IV Trimestre (Preconsuntivo)	
	2025	2025	2025
valori in €	Budget	Proiezione	scostamento
Valore della produzione	222.420.907,31	230.443.095,90	8.022.188,59
Costi della produzione	-319.303.233,30	-316.024.576,24	3.278.657,06
Componenti finanziarie fiscali e straordinarie	-11.430.696,00	-7.960.134,32	3.470.561,68
Risultato dell'esercizio	-108.313.021,99	-93.541.614,66	14.771.407,33

Valore della produzione a consuntivo + 8.022.189 vs budget: il valore dei ricavi per mobilità infra-regionale ed extra-regionale, relativi alle prestazioni di ricovero ospedaliero, specialistica ambulatoriale e File F, rilevano una crescita produttiva del 3.5% rispetto al BEP 2025.

Costi della produzione a consuntivo - 3.278.657 vs budget: si osservano le seguenti diminuzioni:

- per il personale sanitario - 6% rispetto al BEP: l'Azienda nonostante abbia avviato il piano di assunzioni di personale (dirigenza e comparto), necessario a colmare le lacune delle cessazioni, a vario titolo, relative anche agli anni precedenti e a garantire e migliorare le prestazioni assistenziali, non è riuscita tuttavia a realizzare tutte le assunzioni attese;
- per i prodotti farmaceutici ed emoderivati – 5% rispetto al BEP: riduzione della spesa dei farmaci

da parte della UOC Ematologia;

- per gli Altri Beni Sanitari - 6% rispetto al BEP 2025: riduzione della spesa per alcuni dispositivi medici (carta per apparecchi elettromedicali, disinfettanti ad uso umano e antisettici e lo strumentario chirurgico non costituito da immobilizzazioni) e per alcuni dispositivi medici impiantabili attivi (defibrillatori impiantabili pur con un incremento della spesa per pace-maker)
- il costo dei servizi mostra una lieve crescita, + 3% rispetto al BEP 2025 derivante, tra l'altro, dall'aumento delle consulenze sanitarie da privato - articolo 55, comma 2, CCNL 8 giugno 2000 - prestate per la riduzione delle liste di attesa.

Il risultato ottenuto dall'Azienda nel 2025 registra una perdita di 93.541.614 € in aumento del + 25% rispetto al disavanzo 2024.

Nel corso dell'esercizio l'andamento dei costi aziendali è stato oggetto di un monitoraggio costante e il coordinamento mensile con i gestori di spesa ha permesso sia la definizione dei CE trimestrali sia l'approfondimento mensile di specifiche voci di costo che ha consentito l'elaborazione di proiezioni a finire dei costi, funzionali all'individuazione di possibili scostamenti dal BEP e alla definizione di azioni correttive per il rispetto del concordato con la RL, anche se le attività svolte hanno comportato un risultato finale di maggiore perdita.

I.4 L'AZIENDA IN CIFRE



attività		2023	2024	2025 genn - sett
Dimessi in Degenza ordinaria per acuti		20.138	20.278	15.624
Dimessi in Degenza diurna per acuti		7.798	8.664	5.118
Dimessi in Degenza ordinaria per riabilitazione		228	150	134
Accessi in degenza diurna per riabilitazione		1.138	-	-
Prestazioni di Specialistica ambulatoriale		724.380	926.477	793.909
Accessi in pronto soccorso		48.367	50.367	39.744
indicatori		2023	2024	2025 genn - sett
RO	DM	7,73	7,97	6,79
	peso	1,35	1,40	1,32
DH	accessi medi	2,98	2,45	2,07
	peso	0,84	0,83	0,81
% accessi con permanenza in PS/DEA < 12 h		82,21	81,16%	81,55%

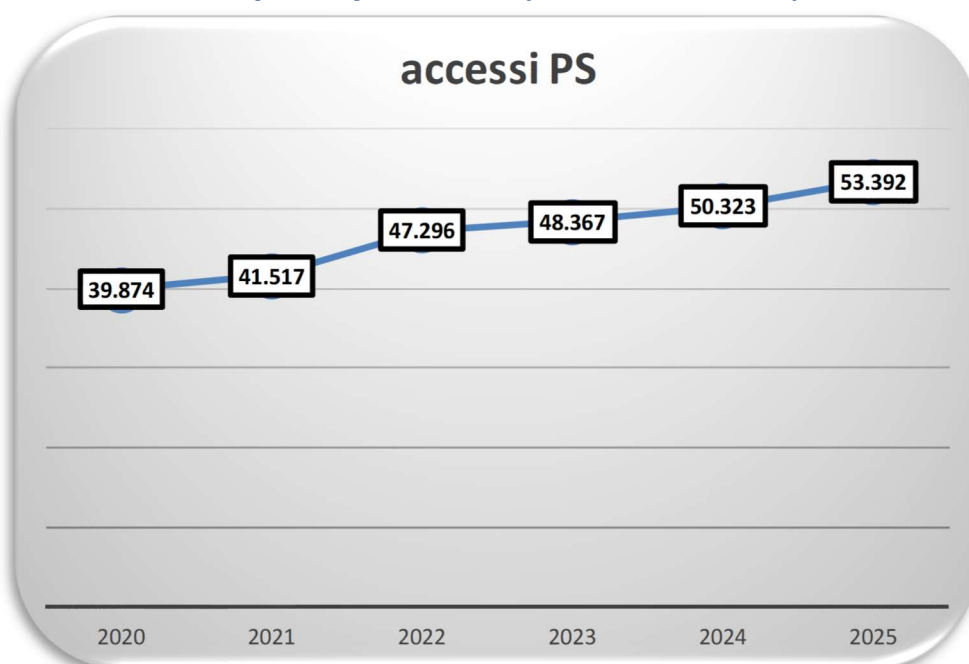
Dimessi RO	anno 2023	anno 2024	anno 2025 genn - sett
% Casi Chirurgici	49,79%	47,74%	44,79%
% Casi Medici	50,21%	52,26%	55,21%
Valorizzazione media DRG	4.561,93	4.669,20	4.623,10
Degenza Media Grezza	7,73	7,97	6,79
Degenza Media Trimmata	6,04	6,73	5,83
Degenza Media Pre-Operatoria	1,92	1,94	1,90
Peso Medio	1,35	1,40	1,32
% Dimessi provenienti da P.S.	56,17%	59,77	60,65
% Pazienti Regione Lazio	92,82%	93,05%	92,83%
% Pazienti Extra Regione Lazio	5,58%	5,39%	5,54%
% Pazienti Stranieri	1,60%	1,56%	1,63%
Decessi	726	720	551

Dimessi DH	anno 2023	anno 2024	anno 2025 genn - sett
Numero Accessi nel periodo	23.416	21.284	10.601
% Casi Chirurgici	51,61%	57,31%	64,95%
% Casi Medici	48,39%	42,69%	35,05%
Peso Medio	0,84	0,82	0,81
Accessi Medi	2,98	2,45	2,07

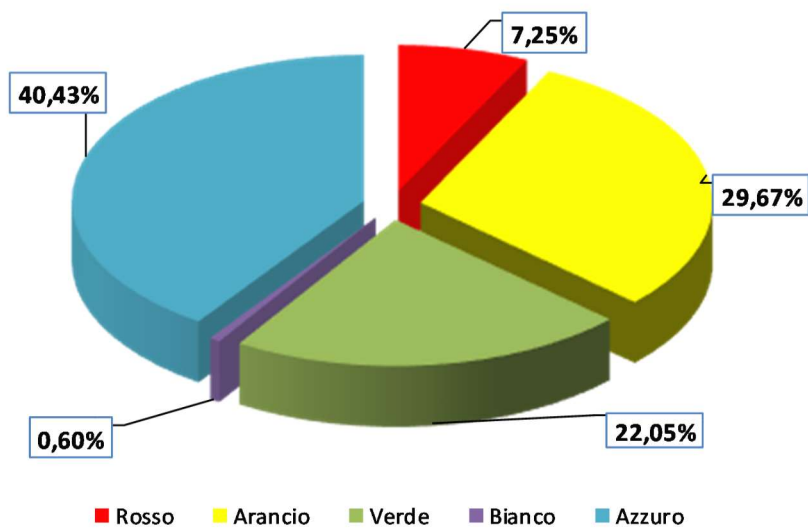
Dotazione posti letto

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla Delibera Regione Lazio 7 dicembre 2023, n°869 la capacità ricettiva in posti letto del “Polo Ospedaliero” è, allo stato, pari a n. 728 di cui n. 66 dedicati alle degenze diurne.

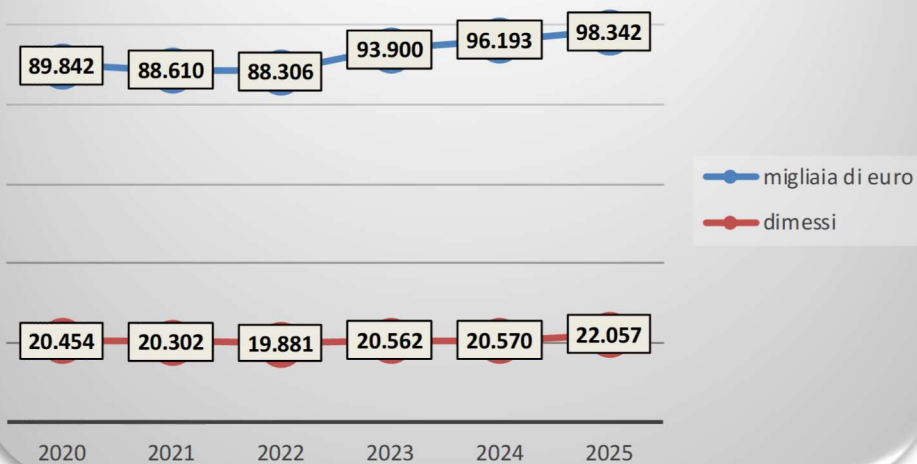
La capacità produttiva (Fonte dati: DWH)



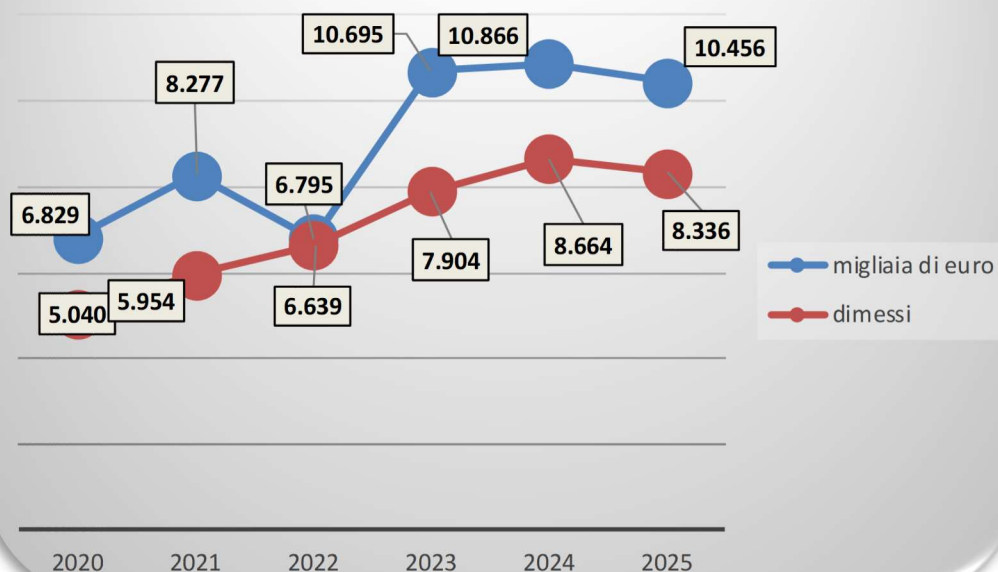
accessi Triage 2025



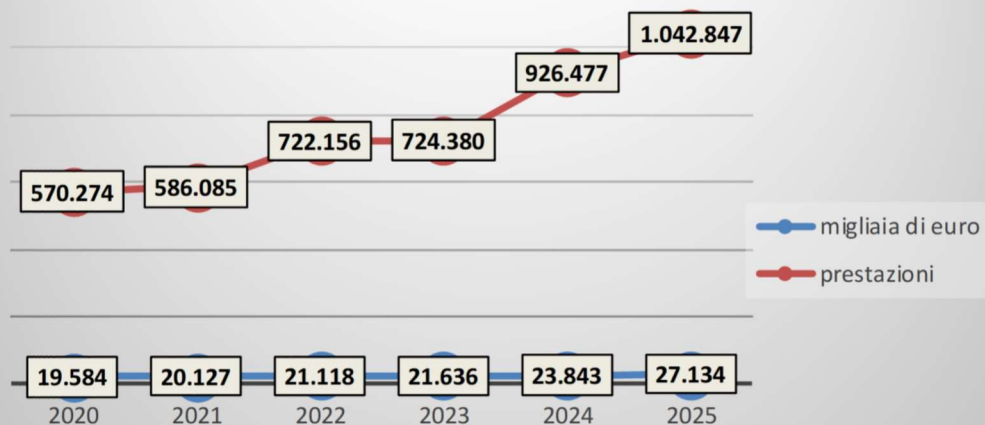
RO 2020 - 2025



dh ds 2020 - 2025



AMBULATORIALE 2020 - 2025



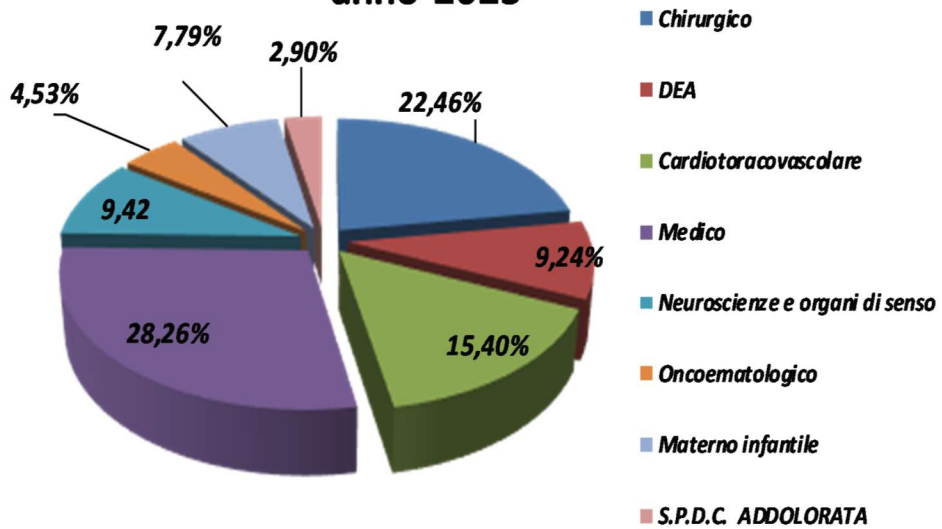
indicatori		2020	2021	2022	2023	2024	2025 provvisorio	variazione 25/24 n.	variazione 25/24 %
RO	DM	8,23	7,86	6,63	7,73	7,97	7,96	-0,01	-0,13%
	peso	1,31	1,32	1,32	1,35	1,40	1,33	-0,07	-5,26%
DH	accessi medi	3,71	3,65	3,33	2,98	2,45	2,35	-0,10	-4,26%
	peso	0,79	0,81	0,81	0,84	0,83	0,82	-0,01	-1,22%
% accessi con permanenza in PS/DEA < 12 h		83,3	81,8	82,1	82,21	81,16%	81,04%	0,00	-0,15%

INDICATORI DI ESITO (FONTE DATI DWH)
FONTE PREVALE DATI “VALORIZZATI” AL I° SEM

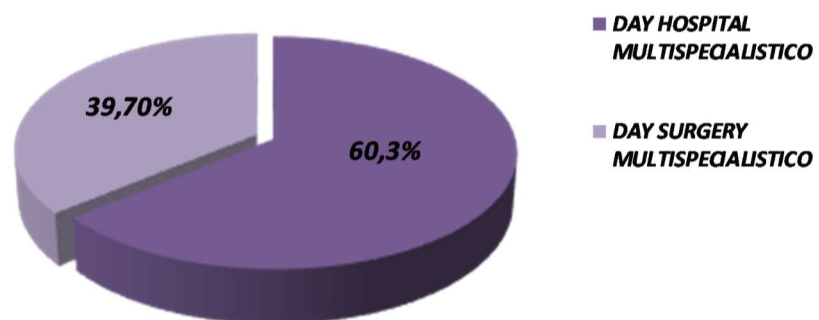
Indicatori di Esito PNE/PreValE - trend multiannuale dei valori rilevati				
Area clinica	Indicatore PNE/Prevale	PREVALE 2023 (ADJ)	PREVALE 2024 (ADJ)	QUANI SDO A SET 2025 (N.ADJ)
CARDIO CIRCOLATORIO	STEMI: proporzione % di trattati con PTCA entro 90 minuti - Analisi con variabili cliniche (strutt. di ricovero)	56,93	61,87	70,83
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	92,32	85,08	85,52
	Proporzione % di colecistectomie eseguite in reparti con vol. attività > 90 interventi annui (almeno un	59,24	85,25	100,00
SENOLOGIA	Proporzione % di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività > 135 interventi annui (almeno un passaggio)	98,59	98,87	98,87
GRAVIDANZA E PARTO*	Proporzione % di parti con taglio cesareo primario 500-999	23,96	23,67	23,12
	Proporzione % di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	3,71	5,01	4,23
OSTEO MUSCOLARE	Frattura del collo del femore: % intervento chirurgico entro 48 ore - Analisi con variabili cliniche (struttura di ricovero)	78,12	77,61	85,03
	% Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	2,04	0,79	0,00

*n. parti genn- sett: 957 (anno 2024 n. 1.144)

Distribuzione % posti letto ordinari anno 2025



Distribuzione % posti letto diurni anno 2025



Le risorse umane

Le tabelle 1 e 2 rappresentano 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., compresi i comandati in entrata, esclusi i comandati in uscita e il personale religioso.

La tabella 3 rappresenta i principali indicatori nonché alcune informazioni relative al grado di istruzione e alla composizione di genere del personale.

La Tabelle 4-5 rappresentano i dipendenti a tempo indeterminato e determinato, nonché il personale con incarico art. 15 sept. D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. in cifre e in percentuale.

TABELLA 1

Tipologia personale	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Dirigenti medici e dirigenti odontoiatri	522	555	537	510	496	509	544
Dirigenti ruolo sanitario non medico	19	30	30	31	36	35	35
Comparto ruolo sanitario	1305	1448	1.371	1.315	1275	1325	1456
Dirigenti altri ruoli	18	20	16	16	15	16	17
Comparto altri ruoli	338	441	404	368	340	329	325
TOTALE	2202	2494	2358	2240	2162	2214	2377

TABELLA 2

INDICATORI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Età media del personale complessivo (anni)	52	50	50	49,7	50	49,67	49,36
Età media dei dirigenti (anni)	55	54	54	53	53	51,80	50,90
Tasso di crescita del personale nell'ultimo triennio	+ 1,32%	13,71%	6,61%	-10,14%	-8,58%	-1,16%	9,94%
Turn-over del personale nell'ultimo triennio	94,23%	176,41%	138,00%	114,00%	37,80%	62,01%	123,69%
Tasso di assenze		19,23%	19,43%	20,33%	24,68%	19,38%	23,90%
Tasso di richieste di mobilità	12,22%	0	0,43%	0,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Tasso di infortuni	6,04%	9,61%	0,60%	33,12%	10,80%	6,80%	3,90%
% trattenuti in servizio	0,27%	0,52%	0,42%	0,00%	0,18%	0,27%	0,71%
Stipendio lordo medio percepito dai dipendenti del comparto (anno)	33.857	33.783	33.168	32.600	35.227	35.972 €	37.846 €
Stipendio lordo medio percepito dai dirigenti (anno)	91.109	91.186	90.750	89.800	86.037	86.313 €	92.253 €
% di personale assunto a tempo indeterminato nell'anno	5,71%	9,02%	2,37%	1,3%	3,4%	7,81%	7,81%

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi., compresi i comandati in entrata, esclusi i comandati in uscita e il personale religioso

TABELLA 3

INDICATORI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
% di dirigenti donne	47,58%	47,74%	48,37%	50,09%	53,19%	54,82%	55,03%
% di donne rispetto al totale del personale	62,40%	63,59%	63,44%	64,83%	65,60%	66,21%	66,76%
% di donne assunte a tempo indeterminato	68,03%	73,63%	59,30%	61,26%	44,07%	60,07%	73,14%
età media del personale femminile non dirigente	50	48	48	47,90	48,42	48,20	48,13
età media del personale femminile dirigente	53	52	52	51,78	51,58	50,63	49,94

Comprende il personale a tempo indeterminato e determinato, nonché gli inc. art. 15 sept.dec. lgs. n. 502/92 e smi., compresi i comandati in entrata esclusi i comandati in uscita e il personale religioso

TABELLE 4-5

dati anno 2021 in cifre				dati anno 2022 in cifre			dati anno 2023 in cifre			dati anno 2024 in cifre			dati anno 2025 in cifre		
dipendenti	licenza media	diploma	laurea	licenza media	diploma	laurea	licenza media	diploma	laurea	licenza media	diploma	laurea	licenza media	diploma	laurea
maschi	33	131	397	110	40	638	106	36	600	85	38	372	100	50	640
femmine	32	281	1031	106	56	1290	98	53	1269	87	50	1022	153	58	1376
TOTALE	65	412	1428	216	96	1928	204	89	1869	172	88	1394	253	108	2016

Comprende 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.

dati anno 2021 in %			dati anno 2022 in %			dati anno 2023 in %			dati anno 2024 in %			dati anno 2025 in %			
dipendenti	licenza media	diploma	laurea	licenza media	diploma	laurea	licenza media	diploma	laurea	licenza media	diploma	laurea	licenza media	diploma	laurea
maschi	51%	32%	28%	51%	42%	33%	52%	40%	32%	49%	43%	27%	40%	46%	32%
femmine	49%	68%	72%	49%	58%	67%	48%	60%	68%	51%	57%	73%	60%	54%	68%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Comprende 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.

Fonte: UOC Politiche del personale e gestione risorse umane - dato al 31/12

I.5 COSA FAREMO

I.5.1. OBIETTIVI STRATEGICI E PROGRAMMAZIONE ANNUALE

La base di partenza per l'elaborazione dei documenti di programmazione aziendale, di cui il budget economico costituisce declinazione in termini di risorse a disposizione dell'Azienda per il conseguimento degli obiettivi, sono gli obiettivi triennali e annuali contenuti nei documenti nazionali e regionali di pianificazione e programmazione sanitaria.

Obiettivi del Direttore Generale

Nelle more del provvedimento di assegnazione degli obiettivi anno 2026 ai Direttori Generali, l'Azienda fa riferimento alla Deliberazione n. 363 del 23 maggio 2025 "Definizione, ai sensi dell'articolo 2 del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2025" e alla successiva Deliberazione n. 611 del 17 luglio 2025 "Modifica allegato B alla DGR 363 del 23 maggio 2025 concernente: "Definizione, ai sensi dell'articolo 2 del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2025" riservandosi di integrarli in sede di assegnazione di diversi obiettivi per l'anno 2026 da parte della Regione Lazio.

Le Deliberazioni suddette stabiliscono per l'AOSGA i seguenti obiettivi:

n.	obiettivo
1	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali - Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità ai progetti esecutivi)
2	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi PNRR (interventi nativi PNRR, interventi ex art. 20 L 67/88, DL 34/2020 ecc.) - Allineamento dati su Regis
3	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi PNRR (interventi nativi PNRR, interventi ex art. 20 L 67/88, DL 34/2020 ecc.) - Rendicontazioni su Regis e altra piattaforma regionale
4	Tempi di pagamento
5	Concordamento esercizio
6	PAC
7	Emergenza PS/DEA
8	Piano nazionale delle liste di attesa - Prestazioni in ricovero ordinario o diurno
9	Piano nazionale delle liste di attesa - Visite specialistiche e prestazioni strumentali
10	Parti con Taglio Cesareo Primario
11	PNRR - Corso Infezioni correlate all'assistenza (ICA)

1.5.2. LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA AZIENDALE

Sulla base delle linee di indirizzo contenute nei provvedimenti relativi alla pianificazione e programmazione sanitaria nazionale e regionale, nell'attuazione dell'Atto aziendale e negli obiettivi strategici triennali declinati nel Piano Integrato di Attività e di Organizzazione 2025 – 2027 e, considerato il consolidamento delle attività già poste in essere nel biennio 2024 - 2025, l'Azienda definisce la propria programmazione aziendale tenendo conto delle risorse economiche ad essa correlata sia in termini di costi da sostenere che di specifici finanziamenti collegati alle varie linee di attività.

In particolare, le suddette risorse economiche hanno impatto principalmente sul costo del personale, come peraltro rappresentato nel Piano dei Fabbisogni di Personale trasmesso in Regione, sul costo dei prodotti farmaceutici ed emoderivati, dei beni e dei servizi sanitari e non sanitari correlati al funzionamento delle attività in essere, all'attivazione di nuove linee di attività e al completamento di quelle già esistenti.

Per la disamina dettagliata di tutte le risorse economiche descritte nella presente programmazione si rinvia al Conto Economico e alla Nota Integrativa contenuti nel Bilancio di Previsione Anno 2026. Premesso ciò, la programmazione dell'AOSGA, per l'anno 2026, individua le seguenti aree strategiche:

- A** area governo clinico con sub aree per attività di ricovero ordinario e diurno e per attività ambulatoriale
- B** area governo economico
- C** area governo dei processi

nell'ambito delle quali articolare i propri sottoelencati obiettivi:

- ✓ rivalutazione dei processi interni al Pronto Soccorso per ottimizzare le tempistiche monitorate dalla Regione Lazio, quelle di presa in carico e di destinazione del paziente
- ✓ monitoraggio della qualità delle cure erogate mediante gli indicatori presenti nel Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari (P.Re.Val.E)
- ✓ potenziamento in termini quali/quantitativi dell'attività in regime di ricovero ordinario e diurno mediante miglioramento peso medio DRG e indice di rotazione posti letto, rispetto classi di priorità, appropriatezza delle cure, razionalizzazione delle dimissioni nonché contenimento della degenza media preoperatoria e della degenza media
- ✓ efficientamento organizzativo delle sale operatorie
- ✓ incremento della produzione ambulatoriale
- ✓ trasparenza e accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini
- ✓ rispetto del budget economico concordato mediante monitoraggio del costo per farmaci e dispositivi
- ✓ rispetto tempistiche PNRR e art 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali
- ✓ razionalizzazione delle prestazioni intermedie dei servizi diagnostici e rispetto dei tempi di attesa per l'erogazione delle stesse
- ✓ implementazione nuovi applicativi per servizi diagnostici
- ✓ implementazione scheda assistenza infermieristica
- ✓ controllo e contenimento infezioni ospedaliere
- ✓ predisposizione e aggiornamento PDTA

La programmazione aziendale per l'anno 2026, a seguito del rientro, alla fine del mese di dicembre 2025, nella disponibilità dell'Azienda della sala Puccinotti, struttura di pregio artistico, adeguata alla finalità dal punto di vista strutturale, dotata di 20 stanze e di un'ampia hall per l'accoglienza dell'utenza, con possibilità di utilizzo mattina e pomeriggio, che può ospitare l'attività di visita in intramoenia, prevede di avviare la riconduzione in detti spazi aziendali dei professionisti che attualmente svolgono attività intramoenia presso studio professionale esterno all'Azienda.

120902	AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA			
CE NEW	CONTO ECONOMICO	CONSUNTIVO 2024	PRECONSUNTIVO 2025	BEP 2026
A1	Contributi F.S.R.	34.224.567	34.224.567	34.224.567
A2	Saldo Mobilità	160.292.884	162.957.786	163.908.565
A3	Entrate Proprie	8.963.652	13.478.417	6.023.378
A4	Saldo Intramoenia	1.872.063	2.220.036	2.220.036
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	(1.760.454)	(7.775.418)	(5.026.967)
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	608.889	(505.696)	2.359.570
A	Totale Ricavi Netti	204.201.601	204.599.693	203.709.150
B1	Personale	134.194.037	147.031.786	165.873.250
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	36.081.710	36.940.954	37.582.746
B3	Altri Beni E Servizi	80.262.434	91.483.427	95.504.013
B4	Ammortamenti E Costi Capitalizzati	(0)	(0)	(0)
B5	Accantonamenti	13.136.270	11.940.765	10.870.318
B6	Variazione Rimanenze	(1.355.659)	-	-
B	Totale Costi Interni	262.318.793	287.396.932	309.830.327
C1	Medicina Di Base	-	-	-
C2	Farmaceutica Convenzionata	-	-	-
C3	Prestazioni Da Privato	607.395	674.779	658.402
C	Totale Costi Esterni	607.395	674.779	658.402
D	Totale Costi Operativi (B+C)	262.926.188	288.071.711	310.488.729
E	Margine Operativo (A-D)	(58.724.587)	(83.472.018)	(106.779.579)
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni E Svalutazioni Finanziarie	1.273.516	-	-
F2	Saldo Gestione Finanziaria	64.140	15.000	9.883
F3	Oneri Fiscali	10.420.183	10.741.083	12.891.562
F4	Saldo Gestione Straordinaria	(418.079)	275.172	-
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	11.339.760	11.031.255	12.901.445
G	Risultato Economico (E-F)	(70.064.348)	(94.503.273)	(119.681.024)

I.5.3. Progettualità 2026

PERSONALE

Nel 2026 si procederà a completare la realizzazione di quanto previsto nel Piano assunzionale 2025, inviato alla Regione Lazio con nota del 17/07/2025.

Si prevede un incremento delle risorse impegnate per il costo del personale pari al 13% c.a. in più rispetto al pari periodo 2025. Le assunzioni relative al personale del comparto troveranno realizzazione nel 1° semestre dell'anno, quelle relative alla dirigenza, che richiedono procedure più lunghe troveranno realizzazione nella seconda parte dell'anno.

L'Azienda, accanto alla programmazione legata alle sostituzioni per il turn over, necessarie per garantire i livelli di assistenza attuali, dovrà prevedere assunzioni che possano garantire un incremento delle attività erogate con conseguente aumento della produzione e che consentiranno di ridurre il ricorso alle prestazioni aggiuntive.

Il reclutamento di personale nel complesso produrrà sicuramente un effetto positivo in termini di output, in particolare consentirà l'abbattimento delle liste di attesa assicurando l'attivazione delle sale operatorie H12 su 5 giorni/settimana, il funzionamento a regime delle sezioni radiologiche h12 per 6 giorni/settimana e della radioterapia in dotazione.

Dal punto di vista qualitativo il suddetto incremento consentirà di mantenere i livelli di eccellenza e certificazione acquisiti, ma soprattutto di attivare la chirurgia toracica con attività di ricovero, di sala operatoria e ambulatoriale, la genetica - tenuto conto del completamento dell'acquisizione delle apparecchiature funzionali a tale nuova linea attività - la Psicologia ospedaliera – nel rispetto delle linee guida del Ministero della salute sul personale previsto per una Azienda DEA di II livello - con sicure ricadute positive sulla umanizzazione delle cure, nonché sul fronte organizzativo di una Gestione operativa strategica per la gestione delle piattaforme produttive.

L'incremento di organico nel comparto sanitario, consentirà, tra l'altro, l'apertura della unità a gestione infermieristica e di incrementare le attività dei laboratori.

Per assicurare la piena erogazione delle attività, così come il pieno adempimento degli obblighi informativi posti a carico dell'Azienda nei confronti di soggetti esterni, questa Azienda dovrà pervenire anche all'acquisizione di personale della dirigenza e del comparto del ruolo amministrativo, tecnico e professionale.

FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI

Nell'ambito delle politiche del personale, l'Azienda punta sulla formazione degli operatori sanitari per la quale si prevede di realizzare:

- messa a regime della piattaforma e learning con l'attivazione di nuove funzionalità sul portale del dipendente e Clinical Decision Support UpToDate;
- formazione in materia di sicurezza (art. 37, D. Lgs. 81/08 e antincendio) e radioprotezione in linea con le tempistiche normative;
- corsi di formazione PARS, incentivando gli audit clinici;
- conclusione del corso di formazione sulle infezioni ospedaliere (moduli A, B, C) nell'ambito del PNRR;
- corsi di formazione ATLS e ACLS e quelli relativi alla rilevazione dei bisogni formativi.

SVILUPPO DEL CAPITALE UMANO

Il capitale umano rappresenta la spina dorsale dell'Azienda tale nel BEP 2026 l'AOSGA ha previsto un considerevole investimento in risorse umane.

In particolare l'Azienda ha proposto e la Regione, con propria DGR 30 dicembre 2025 n. 1331, ha accolto tale valutazione, un valore di costo di personale per l'anno 2026 pari a € 165.275.369.

Tale somma, in aumento non solo rispetto all'anno 2025 (caratterizzato dall'unicum del Giubileo e dei circa 6 milioni previsti per l'assunzione del personale) è in forte aumento anche rispetto all'anno 2024.

L'incremento è determinato dal costo per:

- effetto trascinamento delle assunzioni già effettuate nel corso del 2025;
- assunzioni previste/autorizzate per potenziamento dell'organico a parziale copertura del turnover;
- assunzioni previste per far fronte al maggior livello di prestazioni

BENI SANITARI

L'aumento delle attività e della complessità degli interventi riflette una crescente domanda assistenziale, l'evoluzione tecnologica con tecniche meno invasive e il recupero delle liste d'attesa. In particolare, il previsto aumento del numero dei pazienti per le branche specialistiche di oncologia, cardiologia e cardiologia riabilitativa, medicina interna e medicina trasfusionale e delle attività di altre specialità (radiologia, neonatologia, TIPO e dermatologia) nonché delle attività nei blocchi operatori avrà come logica conseguenza una maggiorazione di spesa per i prodotti farmaceutici ed emoderivati. Inoltre, l'incremento prefigurato degli interventi di chirurgia robotica (urologica, oncologica, ginecologica e otorinolaringoiatrica) con utilizzo di strumentario chirurgico e di quelli con utilizzo di protesi (neurochirurgia, cardiologia, chirurgia vascolare, gastroenterologia) nonché delle attività nei blocchi operatori e l'attivazione della UOC di Chirurgia toracica avrà come conseguenza un aumento di spesa per i dispositivi medici.

Sempre per l'intensificazione delle attività nei blocchi operatori crescerà la spesa per i dispositivi medici impiantabili mentre l'aumento delle attività dei laboratori, specialmente della patologia clinica con l'introduzione di nuovi test, comporterà un corrispondente incremento della spesa per dispositivi medici diagnostici in vitro (IVD).

LAVORI, ATTREZZATURE ELETTRMEDICALI E INFORMATICA

Il processo di sviluppo e ammodernamento proseguirà nel 2026, grazie a finanziamenti regionali e Statali oltre quanto previsto di realizzare con i fondi del PNRR i finanziamenti Giubileo Chiesa Cattolica 2025, mediante la gestione dei seguenti procedimenti.

- avvio lavori di ristrutturazione degenze Presidio Ospedaliero San Giovanni CORPI B e D (legge n. 448/98 ex art. 71) - nello specifico, l'intervento permetterà di conseguire i seguenti obiettivi:
 1. riqualificazione strutturale e impiantistica: il completo rifacimento degli spazi dedicati al ricovero nei corpi di fabbrica B e D, garantendo il pieno adeguamento alle normative vigenti in materia di sicurezza e accreditamento sanitario.
 2. ammodernamento degli arredi: l'allestimento dei reparti con nuovi arredi sanitari e tecnico-economici, scelti per migliorare il comfort alberghiero dei pazienti e l'ergonomia per il personale sanitario.
 3. dotazione di attrezzature mediche: l'acquisizione di nuove tecnologie sanitarie e strumentazioni diagnostiche di ultima generazione, integrate direttamente nelle aree di degenza per innalzare il livello delle prestazioni cliniche.

- avvio lavori adeguamento normativo antincendio P.O. Addolorata, P.O. San Giovanni, P.O. Britannico, P.A. Santa Maria (Investimenti ex art. 20 L.67/88 III FASE):
Esecuzione di interventi sistematici per l'allineamento agli standard di sicurezza antincendio di tutti gli edifici a destinazione sanitaria dell'AO San Giovanni Addolorata, volti a garantire la massima tutela dell'utenza e del personale.
- avvio Lavori di adeguamento sismico P.O. San Giovanni (corpi B e D), P.O. Britannico e P.A. Santa Maria (ex PNRR, ex PNC, art.20):
interventi finalizzati al miglioramento sismico dei corpi B e D del P.O. San Giovanni, del Corpo O e dei Corpi PQRST del PO Santa Maria e del P.O. Britannico. Tali interventi originariamente inseriti nel perimetro del PNRR e del PNC (Missione 6 C2 - I.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile") a seguito della rimodulazione delle fonti di finanziamento, sono stati trasferiti sulla linea di spesa ex art. 20 L. 67/88. Per questa specifica linea di intervento, è attualmente in fase di perfezionamento la procedura formale di attribuzione del finanziamento, subordinata alla firma dell'Accordo di Programma tra il Ministero della Salute e la Regione Lazio.
- avvio della riqualificazione del reparto di neurologia e Stroke Unit (UTN) acquisizione attrezzature quali neuronavigatore, arco a C 3D, Tomografo a Risonanza magnetica 1,5T, colonna endoscopica, etc.(ex Art. 20 - Stralcio IBI)
- avvio lavori per reparto pianificazione familiare - Piano T CORPO D (Investimenti ex art. 20 L.67/88 III FASE)
- avvio interventi per realizzazione di una Control Room per il monitoraggio, il telecontrollo e la razionalizzazione dei consumi energetici degli edifici del P.O. San Giovanni (LEGGE 160/2019)
- avvio degli interventi per la realizzazione nuove centrali frigorifere e di trattamento aria del P.O. San Giovanni (LEGGE 160/2019)
- avvio della progettazione e dell'esecuzione dei relativi lavori di adeguamento dei locali della Diagnostica per Immagini del PO S. Giovanni per la successiva installazione di una nuova TC CARDIO e di un Tomografo a Risonanza Magnetica da 3T, entrambi mediante l'utilizzo di fondi regionali
- completamento lavori di adeguamento normativo impianti elettrici e sicurezza edifici: Facciate CORPI A e B - UPS - Media Tensione (Giubileo Chiesa Cattolica 2025)
- completamento Interventi per la realizzazione di 10 posti letto TI – piano IV – corpo D (DL 34 covid – PNRR) e 14 PL di terapia semintensiva (rettifica contributi in conto esercizio);
- completamento riqualificazione PS (rettifica contributi c/esercizio)
- completamento intervento di restauro e risanamento di parte del muro di contenimento, in Via di S. Giovanni in Laterano n. 149, muro di confine tra la strada e la proprietà aziendale relativa al Presidio Ospedaliero Santa Maria (Giubileo Chiesa Cattolica 2025)
- completamento interventi di implementazione impiantistica per il potenziamento dell'alimentazione elettrica emergenza (rettifica contributi c/esercizio)
- completamento Lavori P.O. Addolorata - Ex Fisiatria – consolidamento tetto e realizzazione reparti di Riabilitazione e Degenza Infermieristica (rettifica contributi c/esercizio)
- completamento impermeabilizzazione e riqualificazione piazzale esterno corpo C (rettifica contributi c/esercizio)
- completamento interventi di manutenzione straordinaria (investimenti regionali)
- prosecuzione adeguamento antincendio di ambienti non sanitari (rettifica contributi c/esercizio)
- prosecuzione Interventi di adeguamento normativo e potenziamento impianti gas medicinali (articolo 1, commi 445 e 446, Legge 30 dicembre 2020, n.178)
- acquisizione microscopio oculistica (cofinanziamento Bilancio di esercizio 2026 /PNRR)
- sostituzione della TC del PS con una nuova TC mediante l'utilizzo di fondi PNRR

- avvio della progettazione e dell'acquisizione di tecnologie per il completamento del rinnovo tecnologico della radioterapia quali una nuova TC Simulatore e un nuovo Acceleratore lineare entrambi mediante fondi regionali
- acquisizione defibrillatori (fondi regionali)
- acquisizione letti per TI (fondi regionali)
- acquisizione Mammografo digitale diretto (fondi regionali)
- avvio della fase di progettazione per l'ammissione a finanziamento della sostituzione degli angiografi vascolari per emodinamica
- acquisizione apparecchiature elettromedicali di medio bassa tecnologia quali ventilatori per UTN, ecotomografi cardiologici, ecotomografi multidisciplinari, elettrobisturi, archi a C per il blocco operatorio di cui n. 1 dotato di tecnologia 3D per la NCH, microscopio per neurochirurgia, colonna videogastroskopica, etc) (rettifica contributi c/esercizio)
- avvio progettualità per n.1 tomografo a risonanza magnetica 1,5T per il P.O. Addolorata, n.1 neuronavigatore e n. 1 colonna endoscopica per l'attività della NCH,
- acquisizione n. 1 TC Cardio e di n. 1 Risonanza Magnetica 3T da installare nella radiologia del Corpo C del PO S. Giovanni al fine di adempiere ai recenti dettami regionali in termini di requisiti tecnologici in aziende sedi di DEA di II livello.
- implementazione software su grandi macchine quali Angiografo, Risonanza magnetica mediante l'introduzione dell'intelligenza artificiale, acceleratore lineare (rettifica contributi c/esercizio)
- sostituzione mobili e arredi per obsolescenza (rettifica contributi c/esercizio)
- acquisizione attrezzature generiche e mobili e arredi per allestimento nuovi reparti: terapie intensive, terapie semintensive, neurologia e medicina interna (rettifica contributi c/esercizio)
- aggiornamento centrale telefonica VOIP (rettifica contributi c/esercizio)
- acquisizione licenze software (rettifica contributi c/esercizio)
- acquisizione materiale informatico e telefonico per sostituzione per obsolescenza (rettifica contributi c/esercizio)
- messa in produzione di alcuni progetti PNRR relativamente alla missione "Digitalizzazione DEA"

(Allegato I Piano degli investimenti)

POTENZIAMENTO CYBER SECURITY E COMPLIANCE AL GDPR

L'AOSGA ha previsto, grazie ai finanziamenti PNRR e non solo, un incremento degli investimenti per la Cyber security e protezione dei dati mediante l'avvio di contratti ad hoc e mettendo in campo un insieme di misure di gestione dei rischi per la sicurezza informatica, tra cui l'adozione di politiche sulla gestione degli incidenti (Incident Management) in linea con quanto disposto dal Decreto Legislativo 4 settembre 2024, n. 138 di recepimento della Direttiva NIS 2.

Inoltre, sempre ai fini dell'adeguamento alla Direttiva UE 2022/2555 (NIS2), è stata avviata l'acquisizione di ulteriori licenze Microsoft 365 le quali integrano funzionalità avanzate che consentono di implementare misure di gestione del rischio, protezione dei dati, controllo degli accessi, rilevamento e risposta agli incidenti

Molte sono le sfide che si preannunciano nel 2026, prima fra tutte portare a termine l'implementazione del processo organizzativo determinato con la modifica dell'Atto Aziendale per una risposta sempre più performante ed embricata alle richieste di salute dei cittadini, e che prevede, fra l'altro, l'avvio di nuove linee di attività (CH toracica, Psicologia ospedaliera, Galenica).

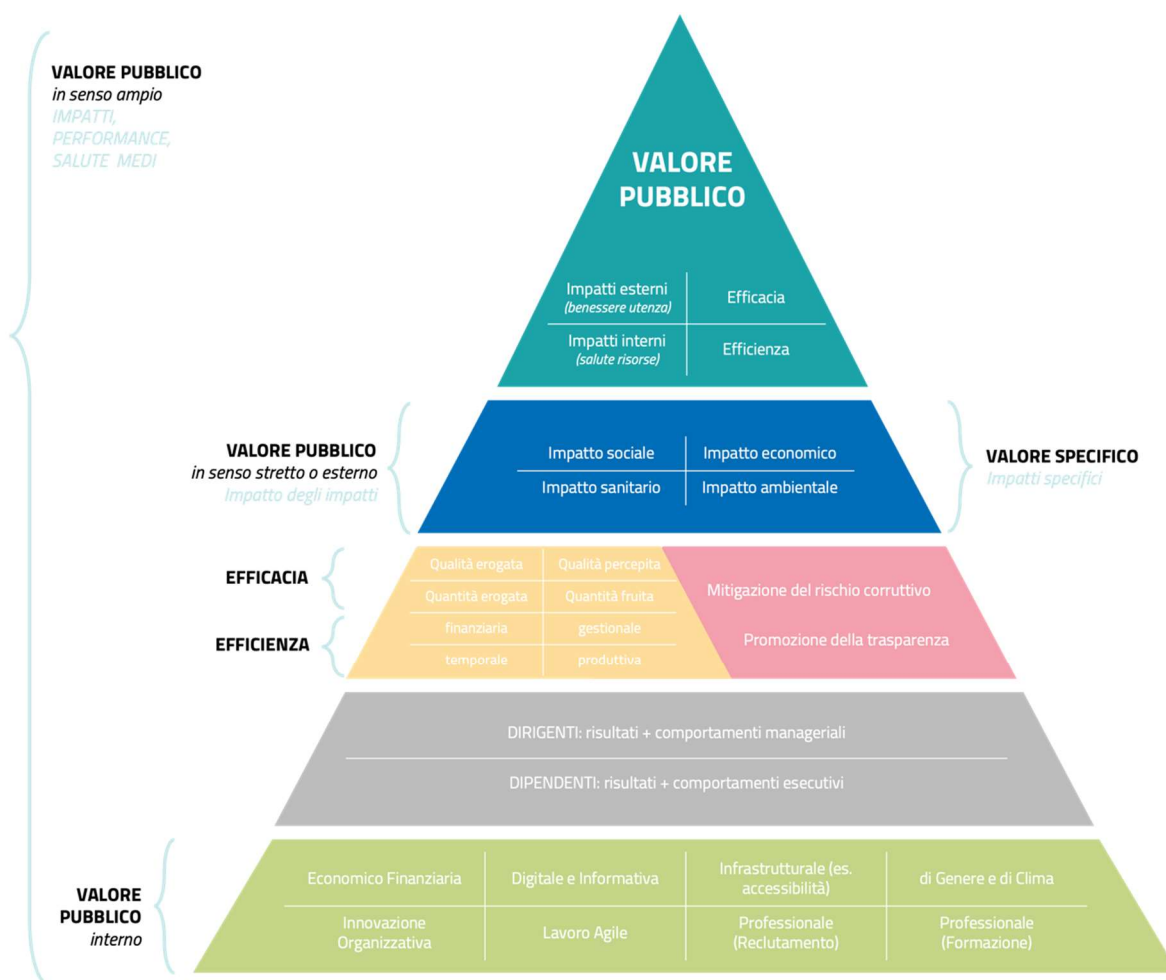
In sintesi le parole chiave 2026 saranno riorganizzazione, upgrade tecnologico, riqualificazione e sviluppo, che garantiranno la raccolta dei frutti degli interventi già portati a termine e di intervenire

sulle criticità che potranno eventualmente evidenziarsi nell'implementazione del modello organizzativo, per rimuovere gli ostacoli all'erogazione di un'assistenza sanitaria ai cittadini sempre più qualificata e specialistica anche attraverso l'erogazione di prestazioni legate a tecnologie e terapie farmacologiche innovative ad elevato costo.

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.



(fonte osservatorio CERVAP)

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). Per Valore Pubblico generale s'intende il livello di benessere complessivamente generabile (in fase di pianificazione) e generato (in fase di monitoraggio e rendicontazione) dall'Azienda nei confronti dei propri utenti e stakeholder di riferimento (esterni e interni).

Per l'AOSGA la funzione pubblica di tutela della salute rappresenta 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.

Anche la **prevenzione della corruzione** contribuisce alla creazione del valore pubblico, proprio per la sua natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della mission istituzionale, che orienta correttamente l'azione amministrativa. Le misure di prevenzione e la **trasparenza**, infatti, sono a protezione del valore pubblico e nel contempo producono valore pubblico, inteso come valore riconosciuto da parte della collettività sull'attività dell'amministrazione in termini di utilità e di efficienza. Quando le attività delle pubbliche amministrazioni hanno come orizzonte quello del

valore pubblico, le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza sono essenziali per il conseguimento dell'obiettivo e per contribuire alla sua generazione e protezione mediante la riduzione del rischio di una sua erosione a causa di fenomeni corruttivi (cit ANAC).



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 strategia Aziendale per l'incremento del valore pubblico si è basata su una logica di integrazione verticale (obiettivi di mandato) e orizzontale (team multidisciplinare),

semplificazione e selettività degli obiettivi.

Nel PIAO 2026-2028 l'Azienda ha scelto di continuare ad approfondire le seguenti direttrici di valore pubblico:

1. Riqualficazione Offerta Assistenziale
2. Governo Liste d'Attesa
3. Qualità, Efficienza e Appropriatezza delle cure
4. Umanizzazione ed equità delle cure
5. Miglioramento rapporti con gli stakeholders
6. Digitalizzazione

2.1.1. RIQUALIFICAZIONE OFFERTA ASSISTENZIALE

In un'ottica di amministrazione di risultato si punta a strutturare l'offerta in termini di incremento dell'output e a modificare il risultato atteso inserendo il risultato delle classi di priorità.

obiettivi strategici	obiettivi operativi	indicatore	fonte dato	risultato atteso
Volumi e Riqualficazione Offerta Assistenziale	efficientamento dell'output attività di ricovero (RO/DH), ambulatoriale	valore(Prod2025/Prod2024)	SIS	BEP
	AMBULATORIALE rispetto delle classi di priorità	rispetto classi	gestione percorsi ambulatoriali	100% In fase di prescrizione, per tutte le prestazioni richieste a pazienti già in carico all'Azienda, deve essere utilizzata la classe di accesso "ALTRO". Fanno eccezione esclusivamente le prime visite richieste da uno specialista ad un altro specialista, qualora risultino necessarie per l'approfondimento del quesito diagnostico.

Fonte Albero della Performance allegato 2 al presente documento

2.1.2. GOVERNO LISTE D'ATTESA

Le liste d'attesa vengono percepite dai cittadini come una forte criticità del Servizio Sanitario Nazionale tale da compromettere l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare.

Le Aziende Ospedaliere, come il San Giovanni Addolorata, contribuiscono al piano di governo delle liste di attesa integrandosi con l'offerta delle Aziende territoriali di riferimento e sono chiamate a programmare la loro offerta, in riferimento all'utenza presa in carico, alla dotazione di alta tecnologia, alle competenze super specialistiche ed agli accordi di fornitura intrapresi con le Aziende Territoriali. L'AOSGA garantisce la presa in carico dell'utente, effettuando le prestazioni necessarie per gli approfondimenti diagnostici e per il follow up, senza invitare lo stesso a chiamare il call center per reperire le disponibilità. Le prescrizioni delle prestazioni nell'ambito dei percorsi di presa in carico sono effettuate dallo specialista che ha eseguito il primo accesso e sono identificate come un Accesso Successivo attraverso la biffatura della casella "Altro", in fase di prescrizione.

Il 20 Febbraio 2019 è stata raggiunta l'intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA, DCA 302/2019 - Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021) con il quale si impegnavano ad



effettuare azioni volte ad agevolare il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni assistenziali al fine di avvicinare la sanità pubblica al cittadino.

La L. 29 luglio 2024, n. 107, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, contiene misure urgenti per il monitoraggio e l'erogazione delle prestazioni sanitarie con il particolare intento di ridurre le liste d'attesa e promuovere il rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai livelli essenziali di assistenza predisponendo l'implementazione di misure quali:

- attivazione della piattaforma delle liste d'attesa (art. 1);
- istituzione dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (art. 2);
- istituzione dell'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi delle liste di attesa;
- adeguamento del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie (art. 3)
- potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche (art 4)
- superamento del tetto di spesa per l'assunzione di personale sanitario (art. 5)
- potenziamento dell'offerta assistenziale e per il rafforzamento dei dipartimenti di salute mentale per le regioni protagoniste del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027.
- introduzione di un'imposta sostitutiva delle prestazioni sanitarie aggiuntive.

La presa in carico, in modo completo, dell'utente è il primo, e fondamentale, elemento per la gestione delle liste di attesa.

I percorsi e le prestazioni dopo la prima visita sono da considerare all'interno della presa in carico e gestiti attraverso una metodologia proattiva di percorsi interni aziendali fino al suo completamento senza affidare al cittadino la ricerca della visita o la prestazione da prenotare.

Nel corso dell'anno 2025 l'Azienda ha partecipato al *“Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2025”* (DGR 198 del 03 aprile 2025) incrementando l'offerta al fine di anticipare le prestazioni prenotate sulle proprie agende fuori-soglia (oltre i termini previsti dalla classe di priorità della prescrizione). Parallelamente, ha contribuito alla riduzione dei tempi di attesa per prestazioni critiche anche attivando agende di produttività aggiuntiva, finanziate attraverso il ricorso al *“Fondo Balduzzi”* (Decreto-Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con Legge 8 novembre 2012, n. 189). Questa misura ha permesso di migliorare l'accessibilità, prevedendo, tra l'altro, l'apertura di ambulatori per l'erogazione di esami strumentali (RM, TC) anche nei giorni di sabato e domenica, consentendo l'utilizzo a pieno regime delle apparecchiature ad alto contenuto tecnologico.

Alla luce dei risultati raggiunti le suddette iniziative andranno a valere anche per l'anno 2026.

obiettivi strategici	obiettivi operativi	indicatore	fonte dato	risultato atteso
Governo Liste d'Attesa	abbattimento liste di attesa (obiettivo DG 2025) Prestazioni in ricovero ordinario o diurno - rispetto tempi per priorità nelle liste di attesa	n° prestazioni per Classe A erogate nei tempi previsti dalla normativa/n° prestazioni totali per Classe A.	SIS	90% <= classe A entro 30gg
	Rispetto disposizioni regionali in materia di liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali monitoraggio della proporzione di prestazioni specialistiche erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità B - allegato (2) (OBIETTIVO DG 2025)	monitoraggio	monitoraggioRL	rispetto disposizioni regionali 100%
	attività ALPI monitoraggio rispetto del rapporto produzione ambulatoriale istituzionale	monitoraggio	monitoraggio	monitoraggio del rispetto del rapporto

Fonte Albero della Performance allegato 2 al presente documento

2.1.3. QUALITÀ, EFFICACIA E APPROPRIATEZZA DELLE CURE



Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali come modello organizzativo di gestione dell'attività clinica

Il PDTA rappresenta lo strumento operativo del governo clinico per la standardizzazione dei processi clinico-assistenziali e organizzativi nel rispetto dei principi di qualità e sicurezza delle cure e nell'ottica della programmazione integrata multidimensionale, multidisciplinare e multiprofessionale. L'implementazione dei PDTA nella pratica clinica e il monitoraggio degli indicatori di processo e di esito è presupposto di garanzia

e tutela della qualità assistenziale, del rispetto dei principi etici e di umanizzazione delle cure e della soddisfazione dei pazienti.

A riguardo, l'Azienda ha istituito una UOSD "PDTA e Qualità dei Processi" evidenziando l'attenzione a un approccio standardizzato e a una metodologia sistematica di sviluppo e applicazione dei PDTA. La modalità di realizzazione dei percorsi aziendali è basata sulla considerazione di quanto viene emanato dai tavoli tecnici Regionali per le specifiche patologie e l'analisi di contesto Aziendale che comprende la valutazione delle risorse e delle possibilità organizzative esistenti in un'ottica di miglioramento continuo dei processi.

PDTA in corso di revisione	In via di sviluppo PDTA relativi a patologie croniche ad alto impatto epidemiologico	Attenzione prioritaria nel 2026 verrà posta ai PDTA delle patologie oncologiche	Sono in via di sviluppo e redazione i PDTA relativi ad altri ambiti assistenziali
Neuroncologico	Scompenso cardiaco	t. colon-retto t. prostata t. polmone t. ginecologici t. tiroide t. oncoematologici	Epatologia
Tumori della mammella	Diabete		Trapianto cellule staminali per malattie ematologiche
			Cefalee
			Malattie infettive

Il PDTA, come strumento di riferimento per l'erogazione dell'assistenza, traduce nella pratica clinica le evidenze della letteratura scientifica, normativa e delle linee guida e buone pratiche e rispetta il principio di centralità e presa in carico globale del paziente secondo una strategia condivisa da tutte le componenti sanitarie coinvolte in un sistematico lavoro in team, multidisciplinare e multiprofessionale, coordinato nei passaggi essenziali di cura, dalla diagnosi alla terapia con attenzione alla continuità assistenziale socio-sanitaria post-acuzie e dimissione.

L'obiettivo è rispondere, con un approccio integrato alle esigenze di cura di ciascun paziente in relazione al suo stato patologico e alla sua dimensione sociale con attenzione rigorosa e standardizzata agli aspetti clinici, organizzativi e relazionali.

Sovraffollamento PS

Particolare attenzione verrà posta ai seguenti obiettivi:

- ✓ rivalutazione dei processi interni al Pronto Soccorso per ottimizzare le tempistiche monitorate dalla Regione Lazio, quelle di presa in carico e di destinazione del paziente
- ✓ monitoraggio della qualità delle cure erogate mediante gli indicatori presenti nel Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari (P.Re.Val.E)
- ✓ potenziamento in termini quali/quantitativi dell'attività in regime di ricovero ordinario e diurno mediante miglioramento peso medio DRG e indice di rotazione posti letto, rispetto classi di

priorità, appropriatezza delle cure, razionalizzazione delle dimissioni nonché contenimento della degenza media preoperatoria e della degenza media

L'intervento previsto dovrebbe consentire una più rapida valutazione al triage, una più efficiente allocazione dei pazienti nei reparti di destinazione, ivi incluso il rinvio ad ambulatorio, la pronta dimissione dei pazienti in coordinamento con i servizi territoriali sanitari e sociosanitari, unitamente al contenimento delle degenze medie per far fronte sempre più efficacemente alle richieste dell'utenza.

obiettivi strategici	obiettivi operativi	indicatore	fonte dato	risultato atteso
Qualità, Efficacia e Appropriatezza delle cure	Bed Management e sovraffollamento PS (Obiettivo DG 2024) "tempi di attesa in PS" indicatori PS e tempo che intercorre fra il triage medico, cioè il momento in cui il medico prende in carico il pz per raccogliere l'anamnesi ed avviare l'iter diagnostico terapeutico e la dimissione in caso di esito "ricovero in reparto di degenza" rapportato al numero degli accessi in PS con esito ricovero (Obiettivo DG 2023)	indicatori PS 1) Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/IDEA (escluso OBI) inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi (non si considerano gli accessi con destinazione ricovero) 2) Accessi con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza superiore a 24 ore (escluso OBI) sul totale pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento 3) tempo che intercorre fra triage medico e dimissione esito ricovero, rapportato a n. accessi PS esito ricovero tra 480 minuti e 720 minuti (compresi) = 75% (tra 720 minuti e 1.440 minuti (compresi) = 50% FONTE DATO CRUSCOTTO 20 PUNTI A Indicatore		1) >95 2) <10 3) ≤ 480 minuti = 100%
	tempestività delle consulenze interne ai ricoverati rispetto tempi di erogazione delle consulenze interne/prestazioni strumentali (inclusa refertazione) ai ricoverati: a) urgenti b) non urgenti	tempestiche per disciplina	ICT /CRUSCOTTO	>=95%
	ottimizzazione indicatori PNE/Prevale	treemap RL	RL/SIS	ottimizzazione degli indicatori

Fonte Albero della Performance allegato 2 al presente documento

2.1.4. UMANIZZAZIONE ED EQUITÀ DELLE CURE

Le azioni positive

L'Azienda, con deliberazioni n. 920/CS del 7 novembre 2024 e n 5/CS del 13 gennaio 2025 ha rivisitato la composizione del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.).

Nella riunione di insediamento del 17 gennaio 2025, il Comitato Unico di Garanzia, dopo aver individuato le attività da porre in essere nell'immediato, considerato il proprio ruolo di promotore di iniziative volte ad attuare le direttive comunitarie per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone nonché a realizzare azioni positive, ha formulato le seguenti proposte tra cui identificare le linee programmatiche che verranno inserite nel Piano triennale delle Azioni Positive (P.A.P.):

- ✓ favorire la qualità degli spostamenti casa-lavoro attraverso le azioni del Mobility Manager come previsto dalla delibera n. 954 del 30/12/2025 e relativo allegato (Allegato 3)
- ✓ individuare aree di aggregazione sociale del personale
- ✓ individuare la possibilità di pervenire al lavoro agile
- ✓ favorire l'etica del benessere a contrasto e per prevenire la violenza di genere sul luogo di lavoro
- ✓ favorire convenzioni per attività sportive per il benessere organizzativo
- ✓ individuare agevolazioni per situazioni di svantaggio socio- psico- fisico
- ✓ favorire un servizio di supporto per assistenza psicologica per i dipendenti
- ✓ coinvolgere nelle attività del C.U.G. il medico competente (Medicina del Lavoro)
- ✓ favorire il benessere sanitario attraverso l'istituzione di una attività di prevenzione/screening per la sfera genitale maschile e femminile
- ✓ Integrazione con il Piano Aziendale per l'Equi

Azioni per l'equità

L'Azienda, con riferimento al piano vigente e agli obiettivi di Piano per l'umanizzazione, continuerà nella programmazione e realizzazione delle seguenti azioni orientate all'equità:

azioni generali:

- 1) azioni per il superamento della barriera linguistica: l'AOSGA offre un servizio di interpretariato linguistico, sulla base dell'analisi dei dati relativi all'utilizzo linguistico dell'interpretariato nell'anno precedente già in uso presso l'AOSGA per proporre uno strumento migliorativo comprensivo di collegamento video;
- 2) azioni di presa in carico nei percorsi ambulatoriali di pre-ricovero e post-ricovero", è stato progettato e configurato lo strumento "cartella ambulatoriale informatizzata";
- 3) azioni per il superamento delle disuguaglianze nelle transizioni di setting dei pazienti tra ospedale e territorio tramite centrale operativa ospedaliera (COO): è stata progettata la scheda di valutazione della fragilità sociosanitaria (BRASS), condivisa con le ASL e con i Municipi, per velocizzare la presa in carico dei pazienti all'ingresso in ospedale attraverso la valutazione delle fragilità/disagio;
- 4) facilitazione nell'accesso alla telemedicina per soggetti disagiati;

azioni speciali:

- 1) azioni volte al superamento della disequità nel percorso nascita: sono stati progettati 3 diversi percorsi ambulatoriali mirati: percorso nascita, percorso chirurgico, percorso riconciliazione terapeutica, inoltre è stato progettato e configurato lo strumento "cartella ambulatoriale informatizzata". Per un parto consapevole e a supporto delle donne vengono organizzati degli *open day* di presentazione del punto nascita del San Giovanni Addolorata e dei servizi connessi;
- 2) azioni volte a superare le disuguaglianze nella compliance alle terapie prescritte attraverso la riconciliazione terapeutica": è stato progettato e configurato lo strumento "cartella ambulatoriale informatizzata";
- 3) azioni per il raccordo tra ospedale e housing temporaneo per pazienti senza fissa dimora: è stata svolta l'analisi dei dati relativi all'epidemiologia delle afferenze dei pazienti senza dimora all'AOSGA, sulla base del quale è stato articolato un protocollo di intesa con il Comune di Roma per l'ospitalità temporanea di pazienti dimessi dall'AOSGA non aventi dimora;
- 5) azioni per corsi di formazione per i familiari dei pazienti fragili dal punto di vista sanitario che assumono ruolo di *caregiver* per la loro assistenza è in fase di implementazione la formazione rivolta ai *caregiver*;
- 6) pazienti con multicronicità: l'AOSGA prevede l'intervento di professionisti esperti (coordinatori, case manager, assistenti sociali, addetti all'ufficio accoglienza stranieri) che lavorando in team garantiscono l'umanizzazione del percorso assistenziale, adottando il Chronic Care Model e i principi dello Human Caring. Questo approccio consente di fornire cure umane e scientificamente fondate, focalizzandosi sui processi, sui fenomeni e sulle esperienze di cura. L'invecchiamento della popolazione e l'afflusso al Pronto Soccorso dell'AOSGA, sede di DEA di II livello, di pazienti con età media avanzata e multiple comorbidità, hanno stimolato la creazione di percorsi di dimissione. Questi percorsi sono stati sviluppati sia per il proseguimento del percorso acuto direttamente dal Pronto Soccorso, sia per il percorso post-acuto dai reparti di degenza ospedalieri, in collaborazione con il territorio.
In Azienda per la valutazione tempestiva del paziente è implementata la scheda Brass informatizzata nella cartella clinica.

Nel percorso sulle multicronicità nel paziente geriatrico sono incentivati due percorsi riabilitativi rivolti al paziente anziano: riabilitazione allena-mente e riabilitazione motoria per la prevenzione cadute;

- 7) si è programmato e intrapreso il percorso per i pazienti affetti da Fibromialgia che rappresenta un problema reale che si lega al peggioramento della qualità di vita di chi ne è affetto e spesso ad alterazione dei rapporti familiari, a costi importanti per esami, visite, a nomadismo per la ricerca di terapie con l'attività di un Ambulatorio dedicato presente presso il Complesso Santa Maria dell'AOSGA;
- 8) per garantire un percorso e un'assistenza dedicati alle persone con disabilità complessa e/o cognitivo-relazionale parzialmente o totalmente non collaboranti, è stato implementato il Centro Tobia, con l'intento di assicurare un equo accesso alle prestazioni sanitarie. Il Centro eroga percorsi diagnostico-terapeutici dedicati a pazienti con disabilità cognitive, relazionali o neuromotorie, come lo Spettro Autistico, la Sindrome di Down e altre condizioni complesse. L'iniziativa si propone di ridurre i ricoveri inappropriati e di diffondere una cultura dell'accoglienza, supportata da percorsi di formazione continua per il personale sanitario.

2.1.5. MIGLIORAMENTO RAPPORTI CON GLI STAKEHOLDERS

Per chi lo facciamo

L'attività di cura e assistenza sanitaria che offre l'Azienda è rivolta al servizio dei pazienti e i cittadini. L'ospedale infatti è non solo luogo di cura, ma anche "casa", un luogo dove il paziente possa sentirsi sempre accolto.

Tutti coloro che fanno parte dell'Amministrazione (dipendenti, medici, infermieri, studenti, ecc.) lavorano per migliorare questo servizio dall'interno; un capitale umano, base di sviluppo del Valore Pubblico e che l'Azienda ha il compito di mantenere "in salute".

L'Azienda, avendo come obiettivo strategico il miglioramento dei rapporti con gli stakeholders e l'utenza nella sua totalità, punterà:

- a valutare la qualità percepita circa i servizi erogati tramite un questionario anonimo nel II semestre dell'anno, proprio per poter incrementare in maniera efficace la nostra mission di servizio perché vista con gli occhi di chi lo riceve;
- a prendere in carico il paziente attraverso i servizi di front-office (UOSD UOSD Comunicazione Istituzionale e Relazioni con il pubblico) e più in generale di accessibilità digitale;
- a fornire in maniera efficiente la documentazione entro la tempistica di legge o ancora più tempestivamente in caso di urgenze.
-

obiettivi strategici	obiettivi operativi	indicatore	fonte dato	risultato atteso
Miglioramento dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza	miglioramento dei rapporti con gli stakeholder ESTERNI valutazione della qualità percepita dall'utenza circa i servizi aziendali erogati di ricovero e ambulatoriali, mediante questionario anonimo somministrato a un campione significativo, con incremento della platea consultata, di utenti per tutti i reparti con previsione azioni migliorative	report trimestrali	report	3
	miglioramento dei rapporti con gli stakeholder INTERNI benessere organizzativo: con il supporto delle UUOO Politiche del Personale e GRU e ICT aggiornamento indagine benessere organizzativo mediante la somministrazione del questionario a un campione significativo del personale per aree/strutture/qualifica/sexso	indagine e seminario presentazione risultati entro fine anno	indagine	100%
	FRONT OFFICE/BACK OFFICE: strutturazione dell'attività di comunicazione delle informazioni ai pz e ai caregiver e dell'accesso ai servizi, anche per mezzo dell'analisi reclami/dissempi e di evidenza che la documentazione sia revisionata ad opportuni intervalli e all'intervento di modifiche significative	procedura entro novembre 2025	procedura	1
Digitalizzazione	fascicolo sanitario regionale utilizzo refertazione con firma digitale	% documenti caricati nel fascicolo sanitario	ICT	100%

Fonte Albero della Performance allegato 2 al presente documento

2.1.6 DIGITALIZZAZIONE

L'AOSGA ha previsto un imponente intervento di digitalizzazione per il miglioramento del livello dell'assistenza sanitaria e della qualità dei processi, garantendo la sicurezza dei pazienti e l'erogazione di servizi di alta qualità. La digitalizzazione in corso riguarda alcune azioni a livello infrastrutturale ed altre di trasformazione, secondo il paradigma Cloud, degli applicativi sanitari. L'evoluzione delle modalità di accesso ed identificazione digitale, della corretta identificazione dei cittadini (ANA/ANPR) e l'interoperabilità tra le varie piattaforme, per un miglior fruibilità e scambio dati, contribuiranno sempre di più, in termini di omogeneizzazione dei processi, di standardizzazione e di offerta di servizi avanzati. L'evoluzione del Fascicolo Sanitario Elettronico, della piattaforma unica regionale dei servizi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali e della piattaforma di collaboration per la ricerca e l'approfondimento clinico, metteranno il cittadino al centro. La raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati, opportunamente protetti in termini di cybersecurity, potranno portare al miglioramento degli outcome di cura, alla riduzione dei costi ed a più incisive azioni di governo e ricerca.

Sul fronte dell'ausilio della IA alla diagnostica, l'Azienda sta valutando l'ipotesi di acquisire alcuni software di Deep Learning per la ricostruzione di immagini monocromatiche di tipo Spectral Imaging per la TC di prossima installazione nonché software di *AI Deep Resolve* da implementare sui Tomografi a Risonanza Magnetica attualmente in uso per aumentare la risoluzione sia nelle scansioni morfologiche sia in diffusione, riducendo notevolmente altresì la durata dell'esame stesso.

2.2. PERFORMANCE

La performance è un sistema di input, output e outcome strutturato (così come introdotto dal dLgs. 150/2009) per la pianificazione, misurazione e valutazione dei risultati di una organizzazione, delle sue articolazioni e dei singoli dipendenti, con lo scopo di migliorarne l'efficienza, l'efficacia dei servizi e la qualità di vita dei cittadini.

- **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 (stakeholders interni ed esterni)
- **Impatto**, ovvero l'effetto generato dall'attività sui destinatari diretti (utenti) o indiretti.

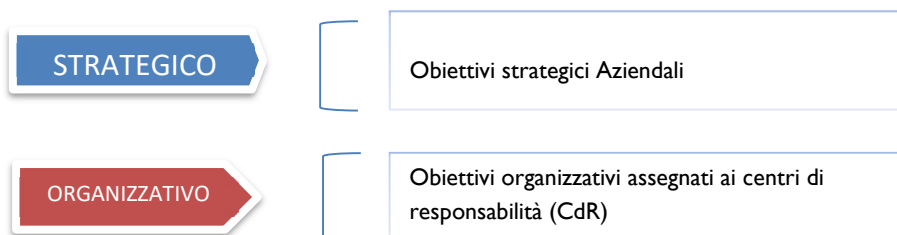
La performance organizzativa costituisce l'elemento essenziale del sistema, è l'insieme dei risultati attesi, rappresentati in termini quantitativi con indicatori e target, che deve:

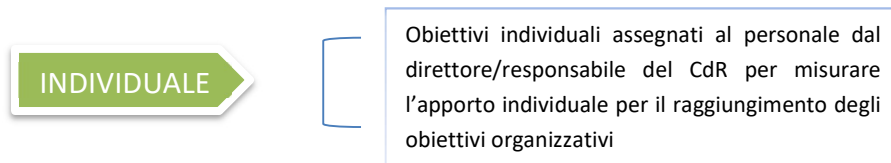
- Considerare la mission aziendale, le politiche di settore, nonché i progetti strategici o di miglioramento organizzativo propri o richiesti dalle istituzioni di riferimento, in primis dalla Regione
- Essere misurabile in modo chiaro; tenere conto dello stato delle risorse effettivamente a disposizione o realisticamente acquisibili
- Avere come punto di riferimento ultimo gli impatti indotti sulla società al fine di creare valore pubblico, ovvero di migliorare il livello di benessere sociale ed economico degli utenti e degli stakeholder.

Il ciclo della performance è un processo continuo che collega strategia, obiettivi (organizzativi e individuali), risorse, indicatori di misurazione e valutazione, premi e rendicontazione, dove:

- gli obiettivi vengono definiti in base alle esigenze dei cittadini e alle priorità strategiche, misurabili tramite indicatori specifici (efficienza, efficacia, impatto)
- la misurazione e valutazione riguarda non solo i risultati ma anche comportamenti e competenze, coinvolgendo diversi attori (dirigenti, OIV, cittadini/utenti) per una visione più completa
- i risultati della valutazione sono strettamente connessi con il sistema delle premialità (premi di risultato, valorizzazione) per incentivare il merito e la crescita professionale, in una logica meritocratica
- i risultati sono rendicontati in maniera trasparente e resi disponibili per gli stakeholders secondo una logica di responsabilizzazione dell'azione amministrativa (accountability)

La performance si sviluppa verticalmente a più livelli mediante la declinazione degli obiettivi strategici come di seguito rappresentato:





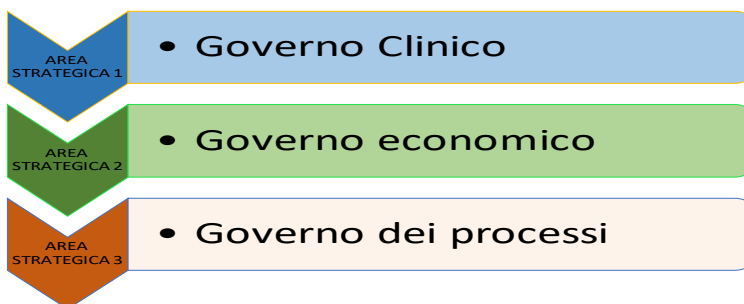
La funzione del sistema è quello di migliorare il livello dei servizi erogati, ottimizzare l'uso delle risorse pubbliche e correggerne tempestivamente le inefficienze, ma anche imprimere un mutamento di paradigma per approdare a una “Amministrazione di risultato”, superando l’approccio procedurale.

In sintesi, la performance nella PA è un approccio gestionale moderno che mira a rendere l'amministrazione più efficiente, trasparente e orientata ai risultati, valorizzando il merito del personale e migliorando la qualità dei servizi per i cittadini con la creazione di “valore pubblico”.

L’albero della performance è la rappresentazione del legame tra la mission aziendale, aree e obiettivi strategici e operativi attraverso i quali si definisce il valore pubblico.

2.2.1. IL LIVELLO STRATEGICO

Le aree strategiche che costituiscono la scomposizione ideale del mandato istituzionale, della mission e della vision aziendali, anche quest’anno individuate come di seguito riportato:



Area governo clinico

Gli obiettivi di governo clinico sono migliorare la qualità, l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza delle cure sanitarie, ottimizzando l'uso delle risorse attraverso un approccio integrato che valorizzi i professionisti e promuova l'innovazione basata sull'evidenza scientifica e la centralità del paziente, garantendo equità e sostenibilità nell'erogazione di salute.

Pertanto incremento o mantenimento dei volumi prestazionali, garantendo al contempo elevati standard prestazionali in termini di esito, appropriatezza, umanizzazione ed equità.

Le direttrici principali sono:

- **Qualità e sicurezza:** Garantire servizi appropriati e sicuri, riducendo gli errori clinici e gestendo i rischi (es. infezioni nosocomiali, cadute).
- **Efficacia ed Efficienza:** Assicurare che le cure siano efficaci e ottimali, utilizzando al meglio le risorse economiche e di personale, ottimizzando tempi e processi.
- **Appropriatezza:** Scegliere e fornire le cure più adatte al bisogno del paziente, basate sull'evidenza scientifica.
- **Coinvolgimento dei professionisti:** Ridurre il divario tra manager e clinici, valorizzando il ruolo dei professionisti sanitari e promuovendo il loro impegno nei processi di miglioramento.
- **Centralità del paziente:** Mettere il paziente al centro del percorso di cura, garantendo equità, umanizzazione e partecipazione, anche attraverso la valutazione della sua esperienza.
- **Sostenibilità:** Assicurare la sostenibilità economica del sistema sanitario nel lungo periodo, attraverso scelte basate su valutazione delle tecnologie e costi-benefici (Health Technology Assessment - HTA).

Area governo economico

Gli obiettivi economici sono strettamente connessi con il ciclo della programmazione economico finanziaria e strutturati secondo una logica per cui la sanità è un investimento strategico - non solo una voce di spesa - tesa a migliorare la qualità della vita e ridurre l'impatto futuro della malattia.

Le direttrici principali, tenuto conto degli obiettivi di PNRR, sono:

- **Sostenibilità Finanziaria:** rispetto dei vincoli di spesa (beni sanitari e non, personale, servizi) derivanti dal concordamento regionale.
- **Efficienza:** Ottimizzare dell'uso delle risorse per garantire servizi di qualità e prestazioni appropriate.
- **Innovazione:** Modernizzazione delle strutture e delle tecnologie.
- **Valorizzazione del patrimonio storico:** Utilizzo razionale delle sale, percorso archeologico.

Area governo dei processi

Appartengono a questo ambito strategico gli obiettivi di razionalizzazione/efficientamento dei percorsi organizzativi, di digitalizzazione, formazione, sicurezza (delle cure e degli operatori), risk management, nonché quelli in materia di rapporti con l'utenza e gli stakeholders, tutela della riservatezza, trasparenza e prevenzione della corruzione.

Le direttrici principali sono:

Efficienza Operativa:

- **Capitale Umano:** Valorizzazione delle risorse investendo in formazione.

- **Digitalizzazione:** adempimenti relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), dematerializzazione.
- **Riduzione costi:** Eliminazione degli sprechi e ottimizzazione dell'uso delle risorse.
- **Aumento produttività:** Ottimizzazione dei flussi di lavoro per ottenere più output con le stesse risorse.
- **Tempistiche:** migliorare le tempistiche di esecuzione dei processi.

Supporto Decisionale

- **Dati in tempo reale:** flussi informativi, raccolta ed analisi delle informazioni per decisioni più informate.
- **Mappatura e analisi:** Identificazione delle aree di miglioramento attraverso la visualizzazione dei processi.
- **Trasparenza:** Avere visibilità completa sui flussi di lavoro.

Allineamento Strategico e Collaborazione

- **Obiettivi comuni:** tutti i reparti collaborano per i traguardi strategici comuni.
- **Collaborazione interfunzionale:** Abbattimento delle barriere tra i dipartimenti per un flusso informativo continuo

Gestione del Rischio e Conformità

- **Risk Management:** Gestione dei rischi.
- **Compliance:** Garantire la conformità alle normative nazionali ed europee.

All'interno delle aree strategiche vengono definiti gli obiettivi strategici da conseguire, come qui di seguito riportati:

	obiettivi strategici
1 - AREA STRATEGICA del GOVERNO CLINICO	1.1 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale di ricovero
	1.2 - Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale ambulatoriale
	1.3 - Governo Liste d'Attesa
	1.4 - Qualità, Efficacia, Appropriatezza delle cure
	1.5 - Umanizzazione ed equità delle cure

	obiettivi strategici
2 - AREA STRATEGICA del GOVERNO ECONOMICO	2.1 - Equilibrio Economico Finanziario
	2.2 - Governo ed efficientamento della spesa in capitale umano
	2.3 - Governo ed efficientamento della spesa di beni sanitari e non
	2.4 - Governo ed ottimizzazione della spesa per servizi e investimenti
	2.5 - Ottimizzazione del processo di liquidazione e pagamento
	2.6 - Ottimizzazione della gestione del Patrimonio
	2.7 - Gestione dei contenziosi

	obiettivi strategici
3 - AREA STRATEGICA del GOVERNO DEI PROCESSI	3.1 - Sicurezza delle cure, gestione dei sinistri e Risk Management
	3.2 - Sicurezza dei lavoratori
	3.3 - Percorsi Attuativi della Certificabilità
	3.4 - Flussi Informativi
	3.5 - Sviluppo Organizzativo e Formazione
	3.6 - Miglioramento dei Rapporti con gli Stakeholders e l'utenza
	3.7 - Digitalizzazione
	3.8 - Efficienza dei Processi Organizzativi
	3.9 - Trasparenza Prevenzione della Corruzione, Performance e Accountability, Privacy

Il peso complessivo delle Aree a livello aziendale è pari a 100, come di seguito distribuito:



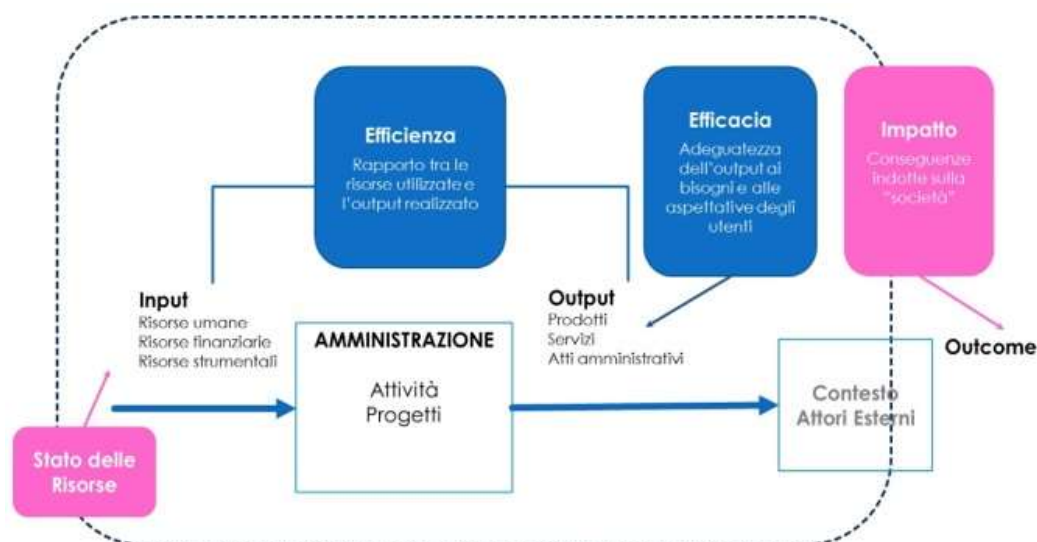
Gli obiettivi strategici individuati a livello organizzativo vengono declinati in specifici obiettivi operativi per i singoli CdR il cui valore complessivo corrisponde a 100.

2.2.2. IL LIVELLO ORGANIZZATIVO

La performance organizzativa ha una definizione 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 assegnati ai Centri di responsabilità (CdR) in cui si articola l'Azienda.

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 CdR) sono concordati in sede di negoziazione.

Dopo la sperimentazione avvenuta nel 2025, dal 2026 l'Azienda ha avviato una procedura di definizione e condivisione della Scheda di Budget dei singoli CdR su piattaforma informatica, analogamente a quanto implementato da anni per la performance individuale. La gestione su piattaforma consente di ottenere una riduzione delle tempistiche del processo, la possibilità di caricamento massivo dei risultati, di allegare relazioni, allegati et similia, e di aumentare la trasparenza del processo di budget.

Per ciascun obiettivo operativo vengono indicati:

- il valore di negoziazione per l'anno in corso (target 0 – target 100);
- i valori di range entro i quali l'obiettivo non si considera raggiunto (target 0);
- il peso dell'obiettivo;
- l'eventuale valore storico di riferimento;
- il punteggio finale di raggiungimento.

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.

È previsto un monitoraggio infra annuale del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget dei CdR.

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.

Nelle more del provvedimento di assegnazione degli obiettivi anno 2026 ai Direttori Generali, l'Azienda fa riferimento alla Deliberazione n. 363 del 23 maggio 2025 “Definizione, ai sensi dell'articolo 2 del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2025” e alla successiva Deliberazione n. 611 del 17 luglio 2025 “Modifica allegato B alla DGR 363 del 23 maggio 2025 concernente: "Definizione, ai sensi dell'articolo 2 del d.lgs. 04 agosto 2016, n. 171, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2025” riservandosi di integrarli in sede di assegnazione di diversi obiettivi per l'anno 2026 da parte della Regione Lazio. Le Deliberazioni suddette stabiliscono per l'AOSGA i seguenti obiettivi:

n.	obiettivo
1	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali - Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità ai progetti esecutivi)
2	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi PNRR (interventi nativi PNRR, interventi ex art. 20 L 67/88, DL 34/2020 ecc.) - Allineamento dati su Regis
3	Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi PNRR (interventi nativi PNRR, interventi ex art. 20 L 67/88, DL 34/2020 ecc.) - Rendicontazioni su Regis e altra piattaforma regionale
4	Tempi di pagamento
5	Concordamento esercizio
6	PAC
7	Emergenza PS/DEA
8	Piano nazionale delle liste di attesa - Prestazioni in ricovero ordinario o diurno
9	Piano nazionale delle liste di attesa - Visite specialistiche e prestazioni strumentali
10	Parti con Taglio Cesareo Primario
11	PNRR - Corso Infezioni correlate all'assistenza (ICA)

Che saranno oggetto di declinazione in obiettivi operativi per i singoli CdR nel processo di budget.

Fermo restando l'obiettivo primario della sostenibilità economica l'AOSGA nel 2026 verrà a termine l'implementazione del processo organizzativo determinato con la modifica dell'Atto Aziendale per una risposta sempre più performante ed embricata alle richieste di salute dei cittadini, e che prevede, fra l'altro, l'avvio di nuove linee di attività (CH toracica, Psicologia ospedaliera, Galenica).

Si prevede di realizzare anche l'opera di rafforzamento sismico dei PO, di ulteriore ammodernamento degli ambienti e delle tecnologie che consentirà non solo di mantenere inalterato ma, ove, possibile, di migliorare il livello qualitativo delle prestazioni erogate grazie anche all'applicazione delle procedure adottate e/o adottande, all'utilizzo oculato e razionale delle risorse a disposizione (beni e servizi), in particolare di farmaci e dispositivi medici, nonché alla formazione continua e al sapiente arruolamento del capitale umano, nel rispetto dei limiti di budget assegnati. L'Azienda punta sull'ulteriore sviluppo dell'attività robotica (Urologia, CH oncologica, Ginecologia e ORL), nonché sul potenziamento dell'offerta assistenziale in NCH, Cardiologia, Oculistica, Gastroenterologia, Senologia e CH plastica, Ortopedia e Radiologia interventistica.

In sintesi le parole chiave 2026 saranno riorganizzazione, upgrade tecnologico, riqualificazione e sviluppo, che garantiranno la raccolta dei frutti degli interventi già portati a termine e di intervenire sulle criticità che potranno eventualmente evidenziarsi nell'implementazione del modello organizzativo, per rimuovere gli ostacoli all'erogazione di un'assistenza sanitaria ai cittadini sempre più qualificata e specialistica anche attraverso l'erogazione di prestazioni legate a tecnologie e terapie farmacologiche innovative ad elevato costo.

Le strategie di cui sopra, trovano il loro posto nell'albero della performance come percorso logico che collega il mandato istituzionale (la missione) agli obiettivi concreti e misurabili, suddividendo il mandato in aree strategiche, poi in obiettivi strategici e infine in obiettivi operativi, azioni e risorse, creando una mappa coerente che guida la gestione e la valutazione delle prestazioni a tutti i livelli (organizzativo e individuale) per creare valore pubblico.

2.2.3. IL LIVELLO INDIVIDUALE

La valutazione del personale è un processo fondamentale per una valorizzazione del personale che superi gli aspetti “amministrativi” ed il semplice giudizio su un lavoro ben fatto o meno, perseguendo reali politiche di gestione e sviluppo delle risorse umane.

Tale approccio, sintetizzabile nei 4 macrosistemi richiamati nello schema che segue, si concentra quindi nelle fasi di analisi del potenziale di ciascun professionista (funzionale all'assegnazione di un coerente incarico professionale o gestionale), di definizione delle chiare finalità aziendali cui ogni dipendente deve orientare la propria attività in base alla micro-organizzazione in cui si trova ad operare (sistema di budgeting operativo di struttura), di programmazione e controllo degli apporti individuali correlati all'incentivazione della produttività, nonché di valutazione permanente dei livelli di professionalità espressa nell'esercizio del proprio incarico o funzione.

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, gestita mediante utilizzo di apposita piattaforma informatica e correlata anche al Sistema premiante della dirigenza e del comparto, 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 ed indaga sul livello di produttività sia in termini di specifiche finalità individuali, che di comportamenti organizzativi assunti dai singoli dipendenti in chiave funzionale alle finalità dell'Azienda.

Le fasi e le modalità di gestione della performance individuale avvengono secondo le modalità e i tempi previsti dal Regolamento del ciclo di gestione della performance vigente approvato con delibera n. 712/DG del 29/07/2022.



Oltre alla verifica della produttività individuale direttamente correlata al sistema di incentivazione, l'Azienda intende esaltare l'ultima dimensione fra quelle sopra richiamate, ossia la valutazione permanente dei contenuti di servizio espressi da ciascun dipendente, in quanto direttamente correlata alle politiche di sviluppo del personale e capace di garantire una compiuta valutazione della professionalità dei singoli, quindi funzionale alla conferma degli incarichi degli stessi, alle dinamiche di carriera correlate all'esperienza professionale maturata, nonché all'analisi dei fabbisogni formativi, ai percorsi di crescita e professionalizzazione.

Per le finalità suddette, come del resto previsto anche dalla normativa nazionale della sanità pubblica, per l'anno corrente l'Azienda ha integrato i propri servizi digitali online con uno dedicato alla valutazione professionale e gestionale di prima istanza prevista dalla normativa contrattuale di riferimento, organizzato secondo le metodologie ed i contenuti valutativi previsti dalla relativa regolamentazione aziendale in materia.

Questa pratica permette di individuare talenti, sviluppare professionisti, prendere decisioni informate e allineare gli obiettivi Aziendali, contribuendo significativamente al miglioramento degli outcome; consente di misurare le prestazioni sul lavoro dei dipendenti, di identificarne skills e carenze e di pianificare strategie di sviluppo professionale.

Comunicare lo scopo della valutazione del personale ai dipendenti può ridurre l'ansia, incrementare il coinvolgimento e promuovere la trasparenza fra dipendenti e leader.

Attraverso i KPI, ovvero quegli indicatori che misurano il successo di un'organizzazione nel raggiungimento degli obiettivi di performance, si può mettere in atto una valutazione a più livelli: l'intera Azienda, un dipartimento, una UO, un coordinamento, fino al singolo impiegato.

Il controllo di gestione e il monitoraggio della performance Aziendale sono determinanti per la buona salute di un'impresa, allo stesso modo la valutazione del dipendente è un aspetto fondamentale.

Il *Continuous feedback* è un più moderno approccio alla valutazione del personale. Invece di concentrarsi su un'unica valutazione annuale, particolarmente efficace per promuovere la crescita e l'apprendimento continuo; aiuta a valutare il grado di possesso di queste competenze da parte di un

dipendente e a identificare le skill che necessitano di ulteriore sviluppo. Questo modello può guidare lo sviluppo professionale, l'assegnazione di ruoli e le progressioni.

2.3. RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

La presente sezione del PIAO, predisposta dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (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 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 PIAO;
- 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 PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- incrementare i livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholders, 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 PIAO con il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- individuare soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholders 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 all' 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.

Il settore sanitario, in cui l'Azienda opera, è destinatario di grossi investimenti, non ultimi quelli del PNRR per il quale l'Azienda è soggetto attuatore delegato relativamente agli interventi PNRR.

Proprio per l'importanza economica che riveste tale settore è esposto sia al condizionamento improprio di interessi privati che all'infiltrazione della criminalità, anche mediante azioni e pratiche corruttive. Nel corso del 2024, il territorio laziale ha mantenuto una sostanziale continuità rispetto alle dinamiche criminali già osservate nell'anno precedente. Il panorama delinquenziale si conferma articolato e multiforme, segnato dalla compresenza di diverse matrici mafiose. Le tradizionali organizzazioni criminali – *'ndrangheta*, *camorra* e *cosa nostra* – perseguono nella Regione i propri interessi illeciti, in alcuni casi anche mediante la creazione di articolazioni di proprie strutture criminali, interagendo con gruppi riconducibili alle cosiddette mafie etniche, in progressiva evoluzione e adattamento.

La cooperazione strategica tra queste variegate entità criminali si conferma strettamente connessa a sofisticate dinamiche di riciclaggio e reimpiego di capitali di provenienza illecita, in particolare rivenienti dai traffici di sostanze stupefacenti, che continuano a rappresentare una delle principali fonti di reddito delle organizzazioni mafiose. Nel corso del 2024 l'incidenza degli episodi delittuosi riconducibili alle attività mafiose nella Capitale si è mantenuta in linea con l'andamento registrato nell'ultimo semestre del 2023. Tale costanza conferma la stretta interconnessione tra i molteplici reati tipici della criminalità organizzata e la sistematica ricorrenza di fenomeni di riciclaggio, finalizzati alla rapida acquisizione di ingenti risorse da reinvestire. Il connubio mafia-impresa tende a radicarsi con particolare intensità laddove l'incremento delle opportunità di guadagno si accompagna a molteplici possibilità di mimetizzazione delle condotte illecite. In tal modo, le attività criminali riescono a confondersi agevolmente in un tessuto economico-finanziario prevalentemente sano e conforme alle regole di mercato, rendendo più complessa l'azione di contrasto. Nel periodo in esame si è ulteriormente consolidata la tendenza dei gruppi criminali autoctoni a radicarsi stabilmente in specifiche aree e quartieri della Capitale, mentre le mafie tradizionali continuano a privilegiare il controllo del tessuto economico attraverso sofisticate strategie di infiltrazione. In particolare, si registra un incremento dei tentativi di condizionamento nelle procedure di assegnazione degli appalti e nelle Amministrazioni locali, con una marcata incidenza nelle zone a maggiore vocazione turistica, dove la gestione delle risorse pubbliche e degli investimenti privati offre ampi margini di manovra per la penetrazione mafiosa.

In particolare, le organizzazioni criminali adottano strategie sofisticate per infiltrarsi negli appalti pubblici, influenzandone le procedure attraverso la manipolazione dei bandi di gara a favore di taluni soggetti o la creazione di accordi tra imprese per garantire una rotazione nell'aggiudicazione dei contratti, realizzando una gestione mirata delle offerte e la falsificazione delle verifiche delle stesse, spesso accompagnata dall'esclusione di *competitor* non graditi. Queste operazioni prevedono di frequente la corruzione di funzionari pubblici e professionisti che facilitano tali distorsioni in cambio di vantaggi illeciti. Non mancano, inoltre, minacce e intimidazioni per scoraggiare la partecipazione di aziende concorrenti. Le infiltrazioni mafiose possono estendersi anche alla fase successiva all'aggiudicazione dell'appalto: le imprese vincitrici, infatti, sono spesso costrette a subappaltare attività ad aziende affiliate alla criminalità, come il noleggio di mezzi a freddo o a caldo, la fornitura di materiali edili, i lavori di movimento terra, la sorveglianza dei cantieri, il trasporto di rifiuti in discarica. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) rappresenta un importante pacchetto di investimenti e riforme. A causa dell'alto valore complessivo dei finanziamenti coinvolti, sussiste il rischio che le organizzazioni mafiose possano manifestare interesse per tali fondi, aumentando il fenomeno di infiltrazione nell'economia legale.

Il D.L. n. 19/2024, noto come "Decreto PNRR 4", introduce importanti misure per la prevenzione e il contrasto delle frodi nell'utilizzo delle risorse del Piano e delle politiche di coesione.

Così facendo il legislatore ha inteso rafforzare la lotta alle manipolazioni societarie per evitare l'ingerenza mafiosa nelle procedure pubbliche di appalti e concessioni.

Per contrastare efficacemente questi tentativi, il Ministero dell'Interno ha adottato una strategia preventiva focalizzata sulla documentazione antimafia, con particolare attenzione alle informazioni fornite dalle Prefetture. Il sistema informatico della BDNA, che svolge un ruolo centrale nella protezione degli investimenti del PNRR, è stato aggiornato per includere nuove categorie dedicate, *"ciascuna delle quali riferita o a singole fattispecie contrattuali per lavori, forniture e servizi (appalti, concessioni, cessioni, cottimi e altro) ovvero ai casi di erogazione di finanziamenti pubblici"*.

La condivisione e il tracciamento di queste informazioni consentono il monitoraggio delle azioni intraprese dall'Autorità prefettizia nei confronti degli operatori economici coinvolti nell'attuazione dei progetti del PNRR, nel caso in cui emergessero elementi di rischio di infiltrazione.

Sotto il profilo operativo, con particolare riguardo alle fasi di attuazione del PNRR e del PNC, è stata altresì ravvisata la necessità di garantire un'adequata e costante efficienza dei Gruppi Interforze.

(Relazione del Ministro dell'interno al Parlamento attività svolta e risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia - Gennaio - Giugno 2024 Luglio - Dicembre 2024).

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.

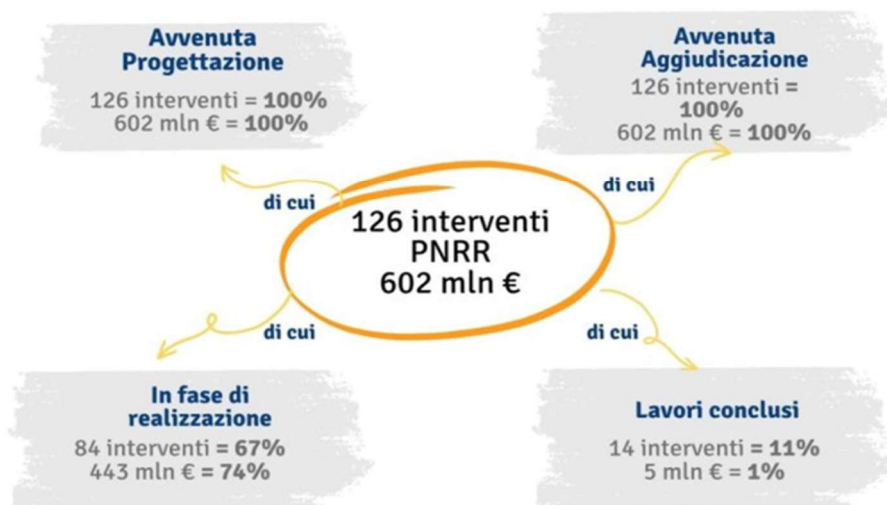
Presso le numerose strutture convenzionate presenti sul territorio la normativa consente ai sanitari di svolgere attività extraistituzionali. Al fine di evitare il verificarsi di fenomeni corruttivi l'Azienda ha disposto un regolamento e apposita modulistica aggiornata, distinta per le attività liberalizzate e quelle non liberalizzate.

A CHE PUNTO SIAMO: PNRR E GIUBILEO 2025



Focus Roma Capitale soggetto attuatore

Interventi di lavori e lavori/servizi, escluso Roma Caput Mundi



Fonte: elaborazioni OPGR su dati Comune di Roma

1. Il soggetto attuatore è il soggetto responsabile dell'avvio, dell'attuazione e della funzionalità dell'intervento/progetto finanziato dal PNRR (art. 1, comma 4, lett. o) del Decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77). Il soggetto attuatore non necessariamente coincide con il soggetto titolare del finanziamento.

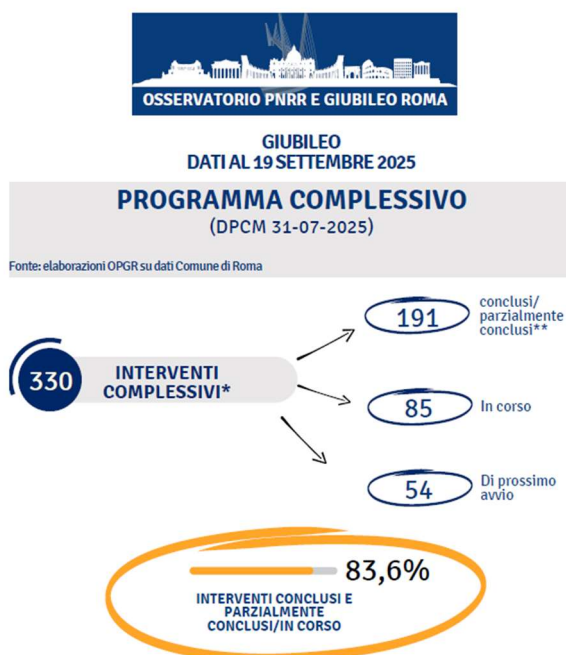
2. Lo schema sopra riportato fa riferimento al ciclo di vita dell'opera pubblica che prevede i seguenti step: 1) progettazione; 2) affidamento dei lavori (con o senza procedura di gara), che si conclude con l'aggiudicazione; 3) realizzazione dell'opera, che si concretizza nell'apertura del cantiere; 4) conclusione dell'intervento, che per gli investimenti PNRR deve coincidere con l'emissione del certificato di collaudo e regolare esecuzione.

L'obiettivo del Piano Giubileo 2025 è stato quello di realizzare una serie di interventi di riqualificazione, modernizzazione e ammodernamento della città di Roma, del suo patrimonio culturale e delle sue infrastrutture, in preparazione dell'anno giubilare 2025. Il Piano Giubileo è stato finanziato da risorse nazionali, regionali e da fondi PNRR. In particolare, è destinata al Giubileo la Missione I, Componente 3, Investimento 4.3 del PNRR – Investimento Roma Caput Mundi, che da solo consiste in 335 progetti per un valore di 500 milioni di euro.

Gli interventi hanno riguardato molteplici aspetti della città:

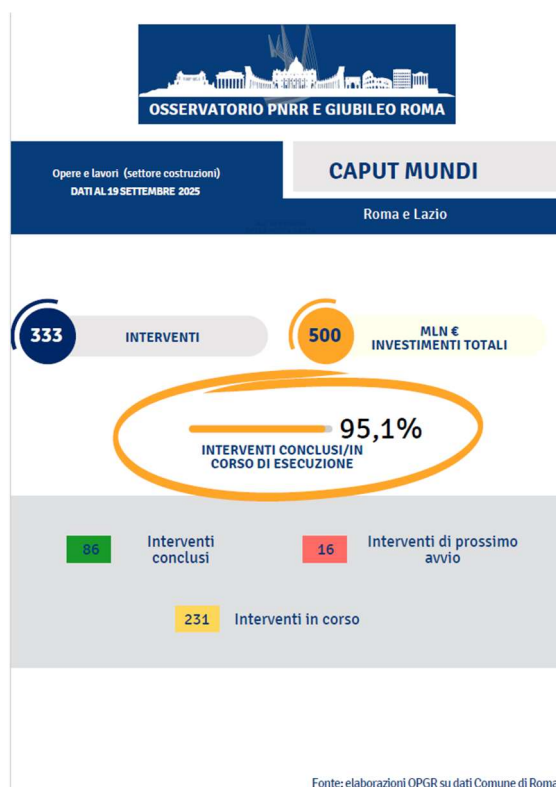
1. Riqualificazione e valorizzazione dei luoghi giubilari e dei beni culturali e dello spazio pubblico della città.

2. Accessibilità e mobilità per favorire la mobilità a servizio dei luoghi giubilari e dell'intera città, con un'attenzione



particolare alle aree periferiche, in modo da garantire una maggiore fruibilità dei principali snodi urbani da parte dei pellegrini, visitatori e cittadini.

- 3. Accoglienza e partecipazione**, dedicata all'aumento delle strutture per l'accoglienza dei pellegrini e dei cittadini e all'organizzazione di grandi eventi legati all'Anno Santo.
- 4. Ambiente e territorio**, volta alla riqualificazione e attivazione di interventi di cura del territorio, con particolare attenzione alle vie d'acqua e alle vie verdi della città.
- 5. Programma Accoglienza** che prevede l'ammodernamento delle ferrovie Roma-Lido e Roma-Viterbo, il rafforzamento del sistema di pronto soccorso e interventi di cybersecurity.
- 6. Caput Mundi** destinato a riqualificare e restaurare il patrimonio culturale e urbano e dei complessi di alto valore storico-architettonico della città di Roma.



(fonte Osservatorio PNRR e Giubileo ROMA)

Si evince la necessità di organizzare un complesso sistema di misure preventive che possano elidere azioni, comportamenti e pratiche corruttive all'interno della Sanità Pubblica orientate a ledere non solo il diritto alla salute della cittadinanza, ma anche la stessa integrità e imparzialità della Pubblica Amministrazione che quel diritto tutela e protegge.

2.3.2. MAPPATURA DEI PROCESSI

Con questa finalità 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.

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 mappatura dei rischi di ogni struttura (Allegato 4), 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 e relativi aggiornamenti).

Il costante processo di snellimento delle mappature, tramite un lungo e proficuo dialogo con i referenti del RPCT, consente di rendere più efficace l'applicazione delle misure per la riduzione/mitigazione del rischio corruttivo e di 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).

2.3.3. 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 ⇒			
	BASSO	MEDIO	ALTO
PROBABILITA' ↓			
ALTA	ALTO	ALTO	ALTO
MEDIA	MEDIO	MEDIO	MEDIO
BASSA	BASSO	BASSO	BASSO

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

PROBABILITÀ	
Bassa	Poco Probabile
Media	Probabile
Alta	Molto probabile

IMPATTO	
Basso	Minore
Medio	Soglia/accettabile
Alto	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 PIAO Anche queste misure sono oggetto di monitoraggio e valutazione della performance.

2.3.5. 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 PIAO) (Dal 1 gennaio 2024, considerato che la BDNCP assicura la pubblicazione dei dati individuati all'art. 28, co. 3, del nuovo codice, tra cui quelli già previsti

dall'art. 1, co. 32, della legge 190/2012 pertanto abrogato dal nuovo codice, l'Autorità chiarisce che, con nota del 10 gennaio 2024, non è più prevista, per alcuna procedura contrattuale, la predisposizione del file XML e l'invio ad ANAC della PEC, entro il 31 gennaio).

- 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 Organizzazione e addivenire ad una pianificazione coerente e condivisa;
- assicurare la massima diffusione del PTPCT contenuto nel PIAO 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. 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 intranet Aziendale <https://intranet.hsangiovanni.roma.it/104013253-modulistica-1.html>;
- istituire, soprattutto nelle strutture a maggior rischio corruttivo, 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;
- gestire la procedura informatizzata 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 (*cfr. par. 1.8.2*); nel 2024 sarà attivata la nuova piattaforma Whistleblowing, per la quale è in corso di aggiornamento il regolamento; sostenere il canale comunicativo con l'esterno già attivato parallelamente dalla UOSD URP; 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. 311 del 12 luglio 2023 - Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la

presentazione e gestione delle segnalazioni esterne); 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 2026-2028 il RPCT farà riferimento alle misure operative contenute nel PNA vigente e relativi aggiornamenti:

- attuare la rotazione del personale, quale misura di carattere preventivo e successivo, qualora possibile;
- introdurre i *Patti di integrità (Modulistica Patto 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, il cui modulo è disponibile ai seguenti link:

<https://intranet.hsangiovanni.roma.it/104013253-modulistica-1.html>

<https://hsangiovanni.portaletrasparenza.net/it/trasparenza/altri-contenuti/prevenzione-della-corruzione/atti-vari.html>

- 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, L. 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 L. 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, L. 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. 583/DG del 12/08/2025 (aggiornato ai sensi di legge, allegato 6).
- decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della L. n. 190 del 2012);
- rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali;
- rispetto e applicazione di tutte le disposizioni Aziendali emanate ed emanande.

2.3.6. 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;
- 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 L. n. 190/2012, il PTPCT 2022-2024, il PTPCT 2023-2025- Sezione Rischi Corruttivi e trasparenza del PIAO- il Codice di comportamento) nei contratti individuali di lavoro di nuova stipulazione;
- applicare il codice di comportamento Aziendale adottato con deliberazione n. 583/DG del 12/08/2025;
- condurre verifiche sulla ricorrenza delle situazioni di incompatibilità e di inconferibilità;
- 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

PIAO, al PNA vigente e successivi aggiornamenti e a tutti le deliberazioni, comunicati, direttive dell'ANAC

- le misure specifiche assegnate a ciascuna unità operativa sono presenti nelle mappature dei processi (Allegato 4).

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))

2.3.7. 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. n. 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. n. 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. n. 33/2013: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

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 vigente 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. n. 33/2013 disciplina la durata ordinaria della pubblicazione fissata in cinque anni, con decorrenza 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, 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 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 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. n. 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. n. 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 standard 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.

Nell'ultimo triennio, grazie all'implementazione della nuova sezione "Amministrazione Trasparente" 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. Con delibera n. 495 del 25 settembre 2024 l'ANAC ha approvato nuovi schemi di pubblicazione così da favorire enti e amministrazioni nella gestione della sezione "Amministrazione Trasparente" dei portali istituzionali, semplificando le attività di pubblicazione e consultazione dei dati, grazie a modalità uniformi di organizzazione, codificazione e rappresentazione. L'AOSGA ha implementato il proprio sito in tal senso.

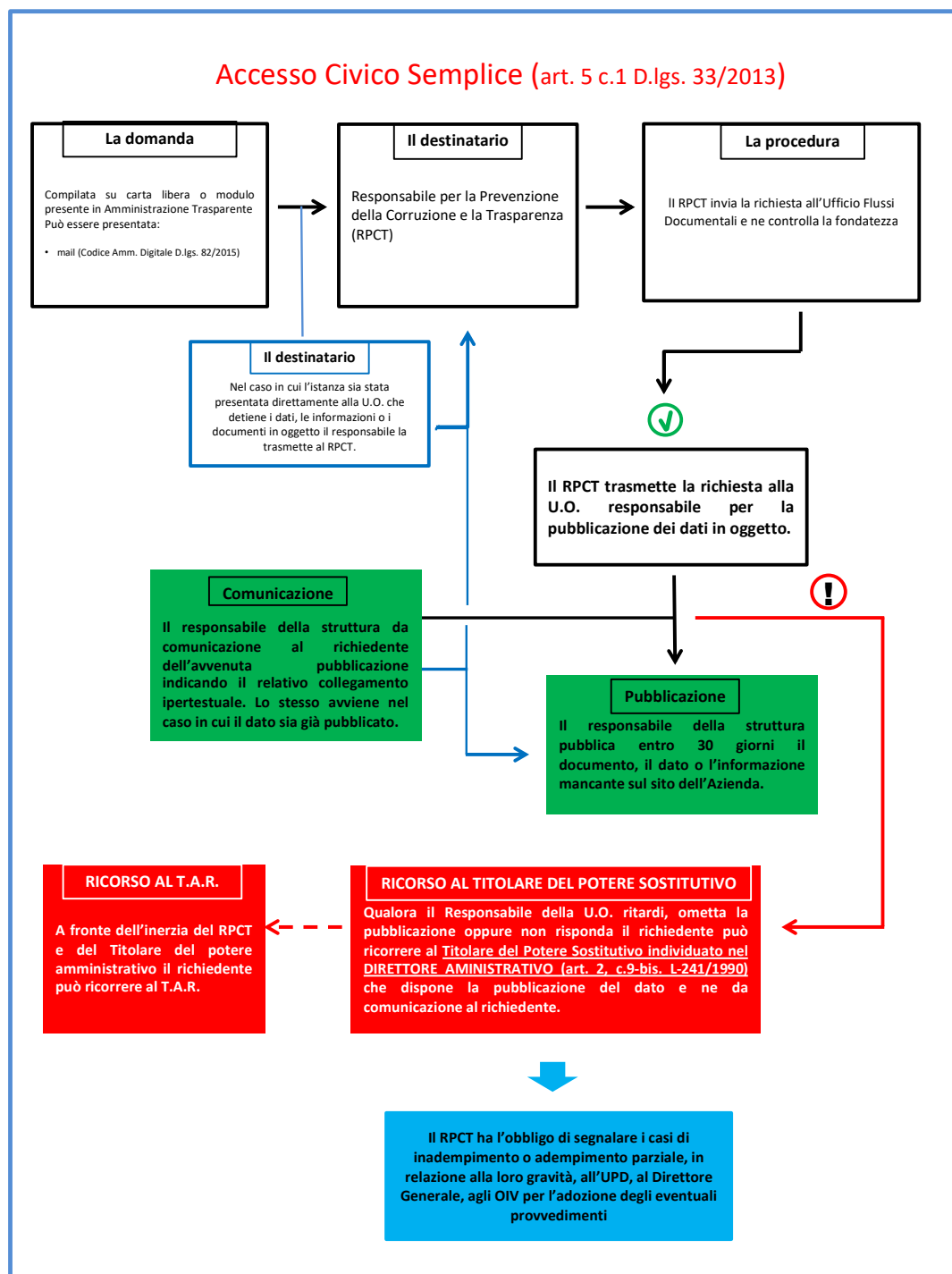
Tre sono i nuovi schemi approvati e riguardano i seguenti temi: utilizzo delle risorse pubbliche; organizzazione delle pubbliche amministrazioni; controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione.

Per quanto disposto da ANAC, le amministrazioni e gli enti, alla luce delle necessità manifestate per l'adeguamento dei propri sistemi, avranno a disposizione un periodo transitorio di dodici mesi per procedere all'aggiornamento delle relative sezioni in "Amministrazione Trasparente". I dati dovranno poi essere pubblicati secondo i nuovi modelli adottati da ANAC e pubblicati sul sito dell'Autorità. Insieme ai nuovi schemi, sono pubblicate anche delle "Istruzioni operative", con raccomandazioni per l'inserimento dei dati nelle diverse sottosezioni di "Amministrazione trasparente" secondo le schede predisposte da ANAC.

Con Delibera ANAC n. 481 del 3 dicembre 2025 "aggiornamento pubblicazioni tabellari "Dati sui pagamenti" e "Controlli e rilievi sull'amministrazione" chiarisce e integra le indicazioni della precedente delibera.

Accesso civico (art. 5, comma 1 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.



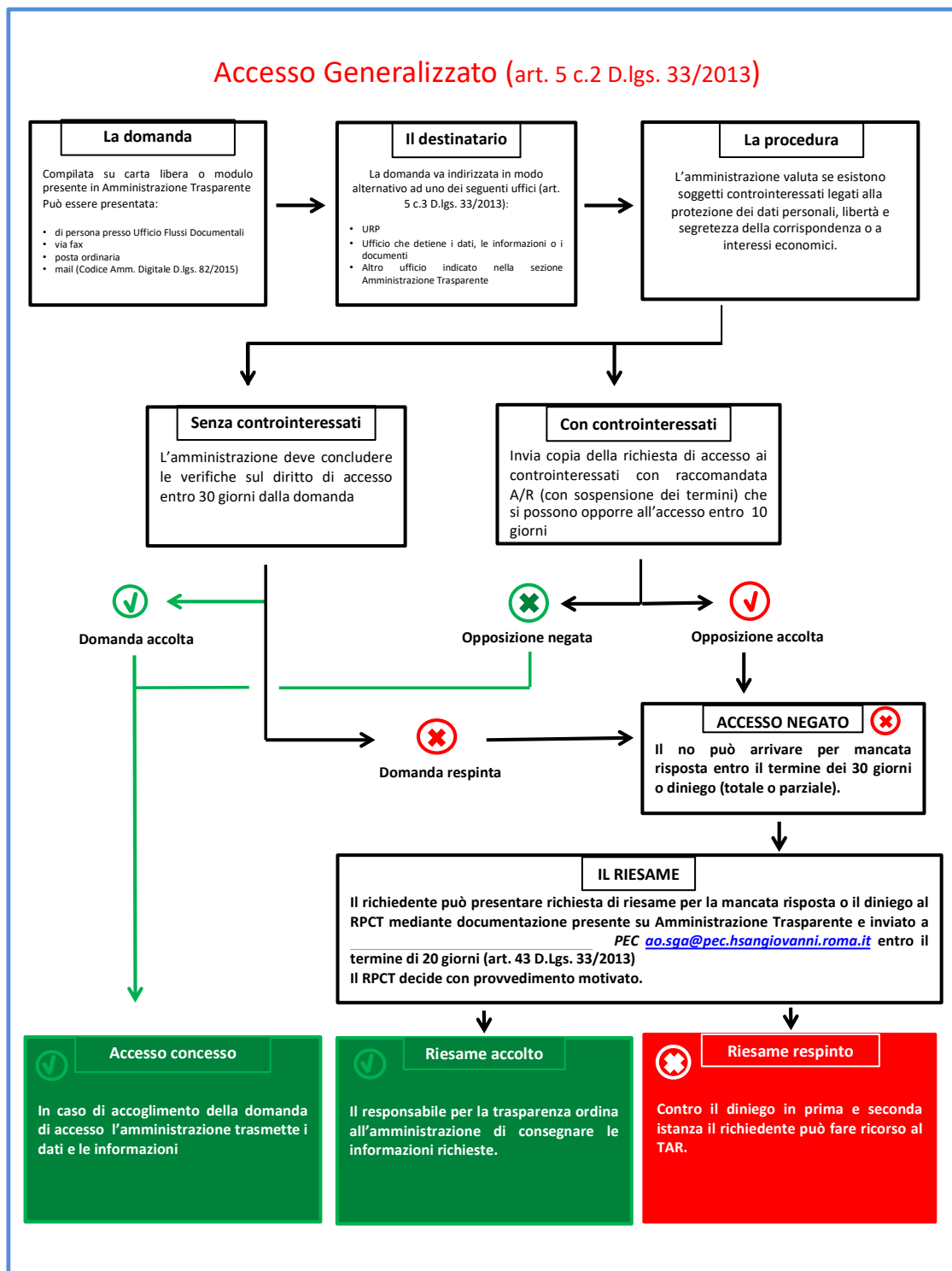
Flowchart accesso civico “semplice”

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. n. 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)



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 vigente).

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 documentale (L. 07.08.1990, n. 241 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 L. 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.

Il diritto di accesso si esercita da parte di tutti i soggetti, cittadini italiani e non, maggiori di età ed emancipati, che abbiano un interesse diretto, concreto ed attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata (di norma qualificata come diritto soggettivo o interesse legittimo) collegata al documento del quale si richiede l'accesso. Tale diritto compete, altresì, ad associazioni, enti, comitati (nella persona del legale rappresentante), portatori di interessi pubblici, diffusi o collettivi, che abbiano un interesse diretto, concreto ed attuale a prendere visione o estrarre copia di documenti amministrativi.

La L. 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. 202 del 21/02/2024 "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso, dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato ai documenti amministrativi dell'Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni Addolorata. approvazione ed adozione degli atti conseguenti" 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>

Trasparenza nei contratti pubblici

Sulla trasparenza dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (all'art. 37 del D. Lgs. n.33/2013 e nel nuovo Codice dei contratti di cui al D. Lgs. n. 36/2023 art. 229, co. 2) il nuovo codice ha previsto che:

- le informazioni e i dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici, ove non considerati riservati ovvero secretati, siano tempestivamente trasmessi alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) presso l'ANAC da parte delle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti attraverso le piattaforme

di approvvigionamento digitale utilizzate per svolgere le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici (art. 28);

- che spetta alle stazioni appaltanti e agli enti concedenti, al fine di garantire la trasparenza dei dati comunicati alla BDNCP, il compito di assicurare il collegamento tra la sezione «Amministrazione trasparente» del sito istituzionale e la stessa BDNCP, secondo le disposizioni di cui al D. Lgs. n. 33/2013;
- la sostituzione, ad opera dell'art. 224, co. 4 del Codice, dell'art. 37 del D. Lgs. n. 33/2013 rubricato "Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture" con il seguente:

"1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis e fermi restando gli obblighi di pubblicità legale, le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti pubblicano i dati, gli atti e le informazioni secondo quanto previsto dall'articolo 28 del codice dei contratti pubblici di cui al decreto legislativo di attuazione della L. 21 giugno 2022, n. 78.

2. Ai sensi dell'articolo 9-bis, gli obblighi di pubblicazione di cui al comma 1 si intendono assolti attraverso l'invio dei medesimi dati alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'ANAC e alla banca dati delle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 29 dicembre 2011, n. 229, limitatamente alla parte lavori."
- che l'art. 28, co. 3 individua i dati minimi oggetto di pubblicazione e che in ragione di tale norma è stata disposta l'abrogazione, con decorrenza dal 1°luglio 2023, dell'art. 1, co. 32 della L. n. 190/2012.

L'ANAC con la delibera 264/2023 e s.m.i. stabilisce in merito che:

1. Al fine di assolvere gli obblighi di pubblicazione in materia di contratti pubblici di cui all'articolo 37 del decreto trasparenza, le stazioni appaltanti e gli enti concedenti comunicano tempestivamente alla BDNCP, ai sensi dell'articolo 9-bis del citato decreto, tutti i dati e le informazioni, individuati nell'articolo 10 del provvedimento di cui all'articolo 23 del codice;
2. La trasmissione dei dati alla BDNCP è assicurata dalle piattaforme di approvvigionamento digitale di cui agli articoli 25 e 26 del codice secondo le modalità previste nel provvedimento di cui all'articolo 23 del codice. Ai fini della trasparenza fanno fede i dati trasmessi alla BDNCP per il tramite della PCP;
3. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti inseriscono sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", un collegamento ipertestuale che rinvia ai dati relativi all'intero ciclo di vita del contratto contenuti nella BDNCP secondo le regole tecniche di cui al provvedimento adottato da ANAC ai sensi dell'articolo 23 del codice. Tale collegamento garantisce un accesso immediato e diretto ai dati da consultare riferiti allo specifico contratto della stazione appaltante e dell'ente concedente ed assicura la trasparenza dell'intera procedura contrattuale, dall'avvio all'esecuzione;
4. Le stazioni appaltanti e gli enti concedenti pubblicano nella sezione "Amministrazione Trasparente" del proprio sito istituzionale gli atti, i dati e le informazioni che non devono essere comunicati alla BDNCP e che sono oggetto di pubblicazione obbligatoria come individuati nell'Allegato I relativo alla suddetta delibera.
5. I dati e le informazioni sono pubblicati dalla BDNCP, dalle stazioni appaltanti e dagli enti concedenti nel rispetto dei criteri di qualità, espressamente indicati dal legislatore all'articolo 6 del decreto trasparenza, ovvero integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità (**Qualità della pubblicazione** art. 4).
6. I dati, gli atti e le informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi del decreto trasparenza rimangono pubblicati in BDNCP e nella sezione "Amministrazione trasparente" della stazione

appaltante e dell'ente concedente per un periodo almeno di cinque anni e, comunque, nel rispetto delle previsioni dell'articolo 8, comma 3, del decreto trasparenza (**Durata della pubblicazione art. 5**).

7. In caso di mancata pubblicazione dei dati, atti e informazioni nella BDNCP o in "Amministrazione Trasparente" della stazione appaltante e dell'ente concedente si applica la disciplina sull'accesso civico semplice di cui all'articolo 5, comma 1, decreto trasparenza. Nel caso in cui sia stata omessa la pubblicazione nella BDNCP, la richiesta di accesso civico di cui al comma 1 del presente articolo è presentata al RPCT della stazione appaltante/ente concedente al fine di verificare se tale omissione sia imputabile ai soggetti tenuti all'elaborazione o trasmissione dei dati secondo quanto previsto nella sezione, denominata "Sezione della trasparenza", del PTPCT o nella sezione "Anticorruzione e trasparenza" del PIAO, ai sensi dell'articolo 10 del decreto trasparenza. Ove sia appurato che la stazione appaltante/ente concedente abbia effettivamente trasmesso i dati alla BDNCP per il tramite della PCP, la richiesta di accesso di cui al precedente comma è presentata al RPCT di ANAC, in qualità di amministrazione titolare della BDNCP (**Accesso civico semplice art. 6**).
8. Alla scadenza del termine di durata dell'obbligo di pubblicazione, la BDNCP, la stazione appaltante e l'ente concedente, per quanto di rispettiva competenza, sono tenuti a conservare e a rendere disponibili i dati, gli atti e le informazioni al fine di soddisfare – in conformità all'articolo 35 del codice - eventuali istanze di accesso civico generalizzato ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto trasparenza (**Accesso civico generalizzato art. 7**).
9. Per i dati, informazioni e atti da comunicare alla BDNCP o da pubblicare solamente in "Amministrazione trasparente", le stazioni appaltanti e gli enti concedenti individuano, nei propri Piani di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, i soggetti responsabili cui spetta l'elaborazione, la trasmissione e/o la pubblicazione di atti, dati e informazioni, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, del decreto trasparenza.
10. Ai fini dell'individuazione delle responsabilità per l'inadempimento anche parziale della pubblicazione dei dati in "Amministrazione trasparente" si applicano gli articoli 43 e 46 del decreto trasparenza. L'inadempimento degli obblighi di trasmissione alla BDNCP è sanzionato secondo quanto indicato nel provvedimento di cui all'articolo 23 del codice. Quando la mancata trasmissione alla BDNCP dipenda dal soggetto responsabile dell'elaborazione dei dati e delle informazioni come individuato ai sensi del comma 1, si applicano gli articoli 43 e 46 del decreto trasparenza (**Responsabilità e sanzioni art. 8**).

Trasparenza e PNRR

Alla luce di quanto sopra citato resta naturalmente ferma la disciplina speciale dettata dal MEF per i dati sui contratti PNRR per quanto concerne la trasmissione al sistema informativo "ReGiS" descritta nella parte Speciale del PNA 2022, come aggiornata dalle Linee guida e Circolari successivamente adottate dal MEF.

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.

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)

- L. n. 190/2012;
- L. n. 114/2014, modificativa dell'art. 54-bis, D. Lgs. n. 165/2001;
- L. n. 69/2015;
- L. n. 124/2015;
- 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);
- DECRETO 30 giugno 2022, n. 132 Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione
- D. Lgs. n. 165/2001 (T.U. sul pubblico impiego);
- D- Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- D. Lgs. 12 aprile 2006 n. 163 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE;
- D. Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 - Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici
- D. Lgs. 13 dicembre 2023 n. 222 "Disposizioni in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, in attuazione dell'articolo 2, comma 2, lettera e), della legge 22 dicembre 2021, n. 227";
- D. Lgs. 14 marzo 2013, n.33 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni - pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 80 in data 05/04/2013 - in vigore dal 20/04/2013, come modificato con D.lgs. n. 97 del 25/05/2016
- D. Lgs. n. 97 del 25 maggio 2016, pubblicato sulla G.U. n.132 dell'8 giugno 2016, recante la revisione e la semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza
- DPCM del 20 giugno 2023 "Linee Guida volte a favorire le pari opportunità generazionali e di genere, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti riservati";
- Circolare n. 1/2013;

- Circolare n. 6/2014 del Dipartimento Funzione Pubblica;
- Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014;
- Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016;
- Delibera ANAC n. 1310/2016 - Prime 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. 97/2016
- Delibera ANAC 382 del 12 aprile 2017;
- Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019;
- Delibera ANAC n. 586 del 26 giugno 2019;
- Delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021;
- 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).
- Delibera ANAC n. 261 del 20 giugno 2023, Adozione del provvedimento di cui all’articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante “Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l’integrazione con i servizi abilitanti l’ecosistema di approvvigionamento digitale”;
- Delibera ANAC n. 264 del 20 giugno 2023 e ss.mm.ii., Adozione del provvedimento di cui all’articolo 28, comma 4, del decreto legislativo n. 31 marzo 2023, n. 36 recante “Individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33” e il relativo allegato;
- Delibera ANAC n. 582 del 13 dicembre 2023 - Adozione comunicato relativo avvio processo digitalizzazione;
- Delibera n. 495 del 25 settembre 2024 “Approvazione di 3 schemi di pubblicazione ai sensi dell’art. 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai fini dell’assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al medesimo decreto - Messa a disposizione di ulteriori schemi”.
- Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 ANAC;
- Delibera ANAC n. 481 del 3 dicembre 2025: aggiornamento pubblicazioni tabellari "Dati sui pagamenti" e "Controlli e rilievi sull'amministrazione"
- 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);
- 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. n. 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;

- 55 Cfr. PNA 2019, Parte III § 1.8 “Divieti post-employment (pantouflage)” che sarà aggiornato dalle LLGG in corso di elaborazione.
- PNA 2022 e relativi
- i approvato con delibera n. 7 del 17.01.2023;
 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”.
- Aggiornamento PNA 2023 Delibera n. 605 del 19 dicembre 2023;

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](#)

[CASELLA WHISTLEBLOWING:](#)

[ACCESSO CIVICO](#)

[REGISTRO DEGLI ACCESSI](#)

[AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE](#)

[DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA-PORTALE PIAO](#)

[BANCA DATI DEI CONTRATTI PUBBLICI \(BDNCP\) ANAC](#)

[REGOLAMENTO ACCESSO CIVICO](#)

.....

SEZIONE 3. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

L'Azienda, con deliberazione n. 368/DG del 30 maggio 2025, ha adottato il Piano di attuazione dell'Atto di autonomia aziendale con il quale, tra l'altro, ha disposto di attuare l'assetto organizzativo prefigurato nell'atto aziendale stesso secondo le tempistiche e le modalità, riportate nel medesimo, con la specifica dello stato di ogni singola struttura organizzativo-gestionale.

Organigramma

Di seguito si riporta la vigente articolazione aziendale dell'AOSGA:

La Direzione Strategica

Il Direttore Generale è il Legale Rappresentante dell'Azienda e, in quanto Responsabile della gestione complessiva della stessa, esercita le competenze di governo e di controllo, nomina i Responsabili delle Strutture Operative. È, inoltre, coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dai Direttori Amministrativo e Sanitario, da lui nominati.

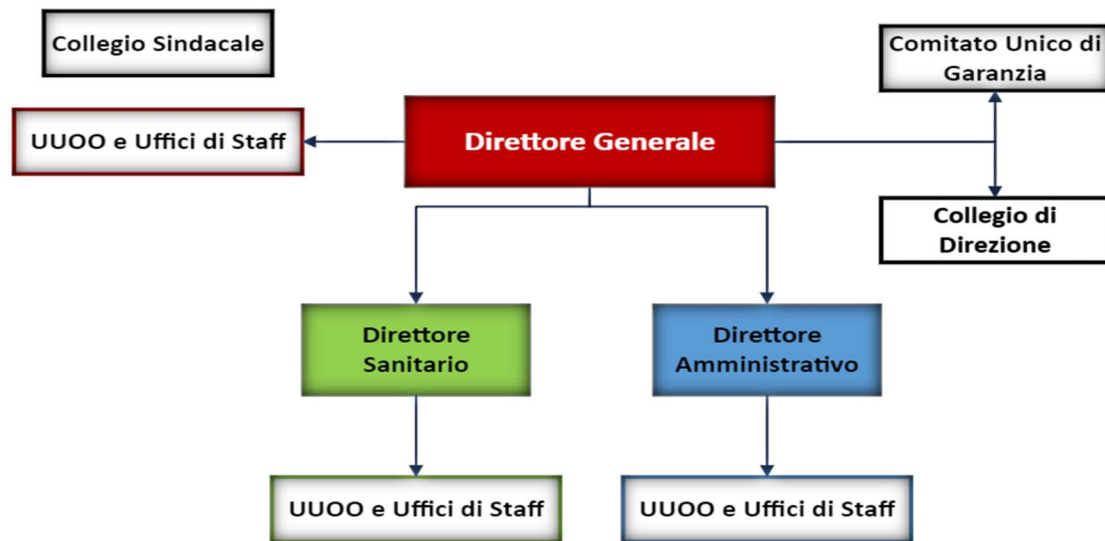
La Direzione Strategica, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, esercita il controllo strategico dell'Azienda ed ha come obiettivo principale la gestione delle risorse aziendali al fine di perseguire gli obiettivi assegnati.

Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario partecipano, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda. Assumono, infatti, diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione Generale (art. 3, comma 1 quinquies, D. Lgs. n. 502/92).

La Direzione Strategica definisce, sulla base della programmazione regionale, le strategie ed i programmi aziendali, ne controlla l'attuazione in relazione agli obiettivi prefissati ed elabora le azioni correttive in caso di scostamenti.

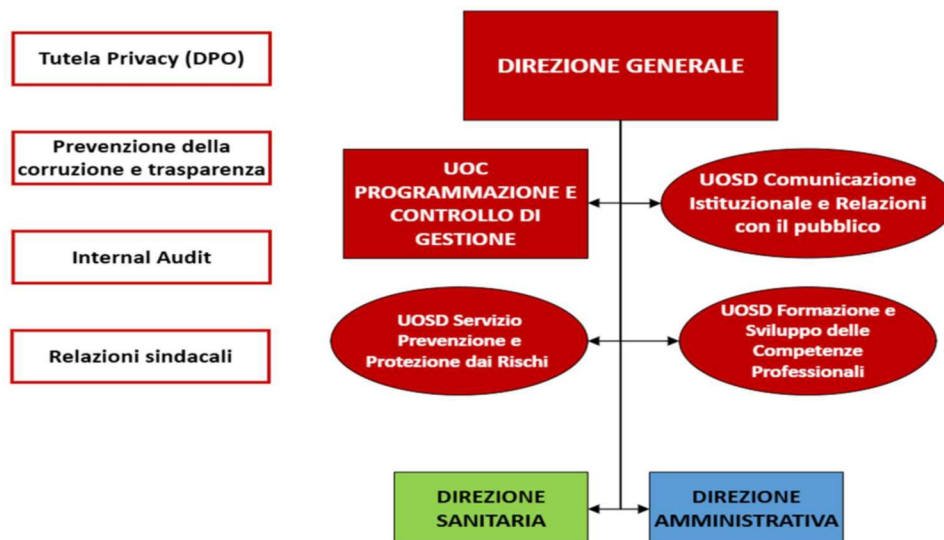
La Direzione Strategica rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni permanenti che consentono il perseguimento della "missione aziendale", con gli organismi istituzionali regionali e nazionali. Funzione prioritaria della Direzione Strategica dell'Azienda è il coordinamento delle principali attività sanitarie e amministrative aziendali in attuazione delle strategie e dei programmi aziendali, in particolare:

- ✓ l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'azienda ed in coerenza con le linee di programmazione e indirizzo regionali;
- ✓ l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- ✓ la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- ✓ il governo delle relazioni interne ed esterne;
- ✓ la garanzia della sicurezza e la prevenzione.

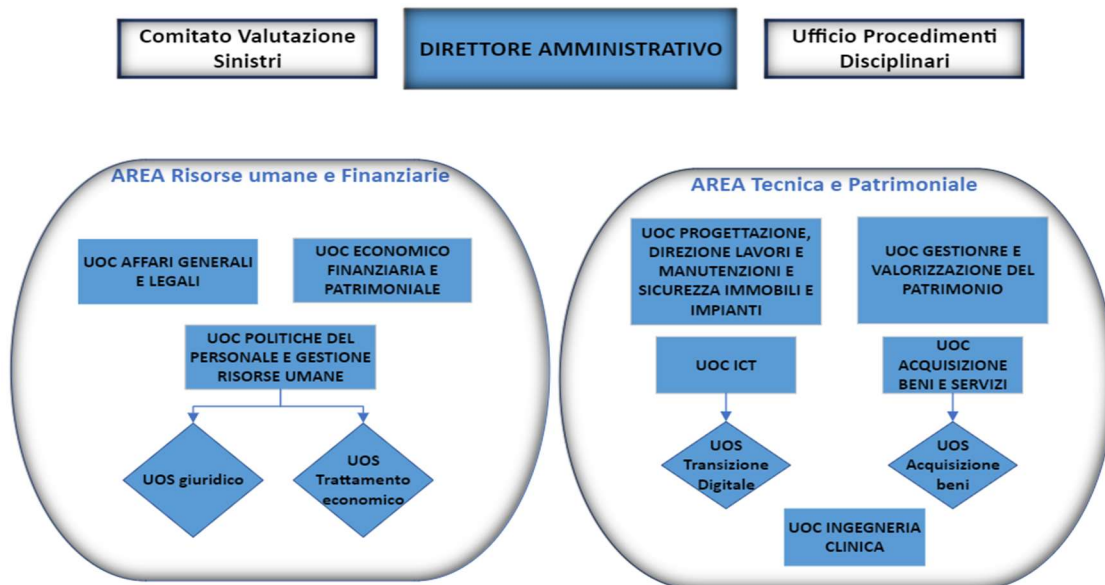


Si possono, pertanto, distinguere le seguenti tipologie di funzioni presenti in Azienda, in relazione alle attività da garantire e alle finalità interne o esterne perseguite nell'esercizio delle loro funzioni:

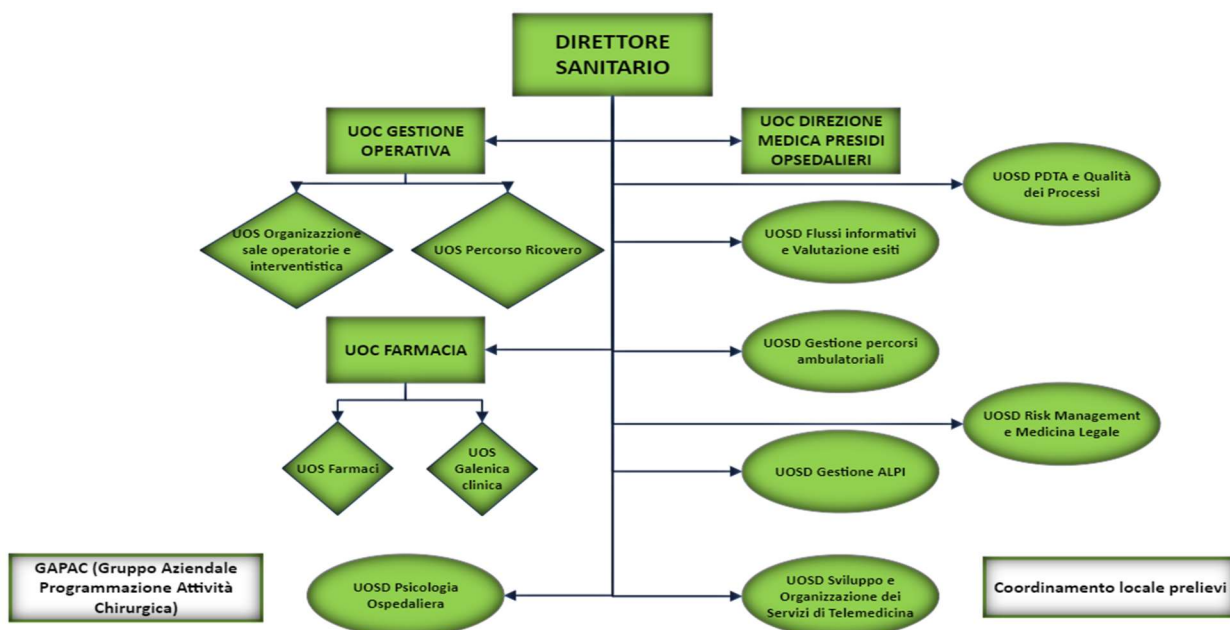
- ✓ Funzioni di Staff Direzione Strategica – Tali Strutture supportano e collaborano con la Direzione Strategica al fine di perseguire gli obiettivi aziendali. Le caratteristiche di tali Strutture sono la trasversalità e la interdisciplinarietà delle attività svolte in un'ottica di gestione dei processi.

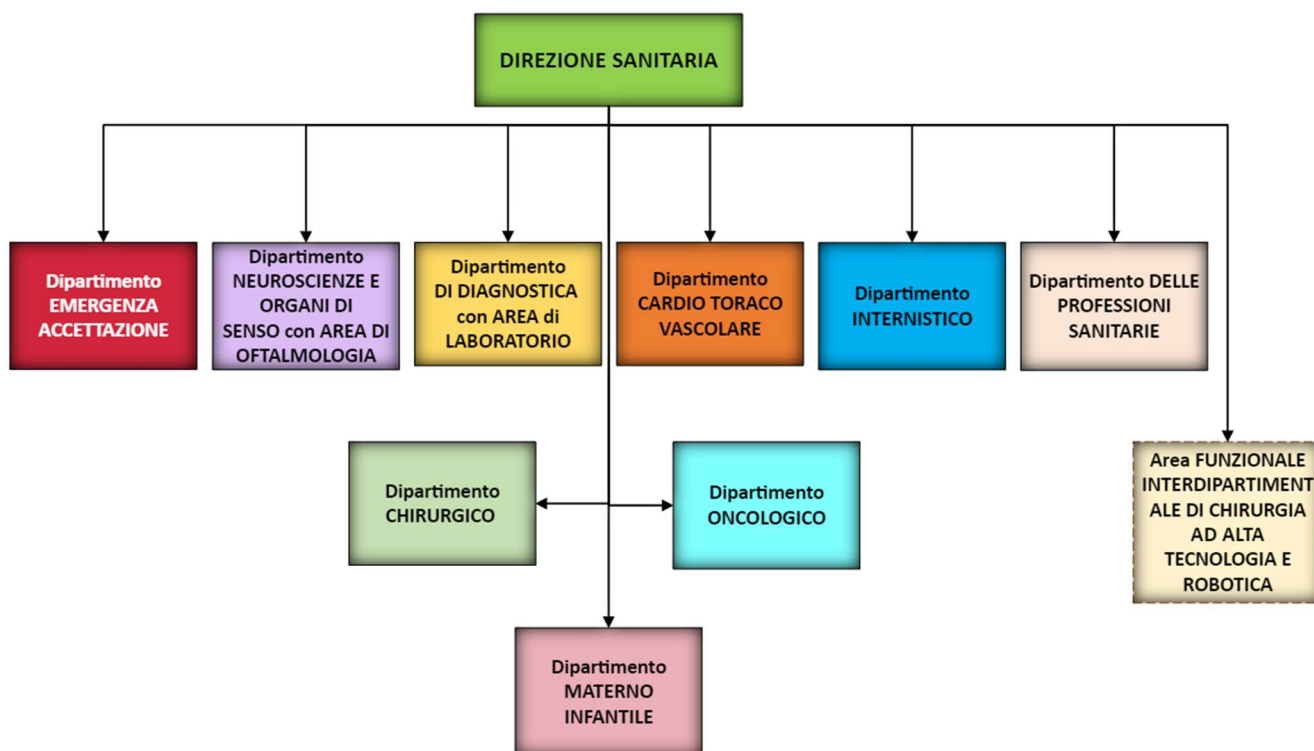


- ✓ Funzioni *in line* Amministrative – Tali Strutture supportano il Direttore Amministrativo nelle attività inerenti le Risorse Economiche, Finanziarie, Umane e Tecnologiche.



✓ Funzioni in line Sanitarie - Tali Strutture supportano il Direttore Sanitario nelle attività igienico-sanitarie, clinico-assistenziali ed organizzative.





Dal punto di vista organizzativo, l'Atto Aziendale definisce la risposta alle indicazioni programmatiche regionali in termini di articolazioni aziendali, di azioni di razionalizzazione e di sviluppo degli assetti strategici dell'Azienda, definendone altresì le linee di responsabilità, con l'obiettivo di dotare l'Azienda di un disegno decisionale chiaro, tempestivo ed efficace da realizzare mediante il decentramento operativo e l'autonomia delle singole unità operative, tutto bilanciato dalla centralizzazione delle funzioni di coordinamento, programmazione e controllo. La nuova organizzazione aziendale è orientata, quindi, a garantire:

- ✓ la realizzazione di processi efficienti e di qualità sia in ambito di ospedaliero che in ambito amministrativo-gestionale;
- ✓ l'appropriatezza degli interventi sanitari e non sanitari;
- ✓ la disponibilità di personale motivato e con competenze specialistiche.

Le macrostrutture (Dipartimenti e Aree) e le Unità Operative Complesse/Unità Operative Semplici Dipartimentali e le Unità Operative Semplici nell'ambito della loro "mission" devono sempre operare in una visione di processo, con azioni capaci di attivare percorsi integrati di assistenza e presa in carico del paziente e di consentire una costante verifica dei risultati raggiunti.

Il personale

Al funzionamento dell'attività ospedaliera nonché al funzionamento dell'attività sanitaria e gestionale si provvede con le risorse umane previste dal Piano dei Fabbisogni, rideterminato alla luce della nuova organizzazione aziendale e delle disposizioni regionali.

I dipendenti in servizio alla data del 31 dicembre 2025 consistono in n. 2.214 unità complessive articolate come riportato nella tabella a pag. 24.

3.2. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO A DISTANZA (POLA)

Il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) costituisce lo strumento per giungere ad un'adeguata attuazione e ad un progressivo sviluppo del lavoro agile, in linea con il quadro normativo vigente. Va sottolineato preliminarmente come il diverso approccio organizzativo richiesto dal lavoro agile debba tuttavia tener conto dell'attuale disciplina legislativa e contrattuale del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni, basata sulla presenza fisica in ufficio, con la conseguenza che numerosi istituti relativi al trattamento giuridico ed economico del personale non sempre si conciliano con le peculiarità di tale modalità lavorativa. Il lavoro agile è definito dalla Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2016 come un nuovo approccio all'organizzazione del lavoro, basato su una combinazione di flessibilità, autonomia e collaborazione. In quest'ottica è considerato che non tutte le attività possono essere rese da remoto, per garantire ai lavoratori interessati la possibilità di effettuare la propria prestazione in modalità agile, occorrerà ricorrere, ove possibile, a strumenti quali la rotazione delle mansioni fra profili omogenei.

La programmazione del lavoro agile in Azienda basa sui seguenti fattori

1. Flessibilità dei modelli organizzativi;
2. Autonomia nell'organizzazione del lavoro;
3. Responsabilizzazione sui risultati;
4. Benessere del lavoratore;
5. Utilità per l'Azienda;
6. Tecnologie digitali che consentano e favoriscano il lavoro agile;
7. Cultura organizzativa basata sulla collaborazione e sulla riprogettazione di competenze e comportamenti;
8. Organizzazione in termini di programmazione, coordinamento, monitoraggio, adozione di azioni correttive;
9. Equilibrio in una logica win-win: l'Azienda consegue i propri obiettivi e i lavoratori migliorano il proprio "Work-life balance".

Tra questi fattori, rivestono un ruolo strategico la cultura organizzativa e le tecnologie digitali in una logica di "change management", ossia di gestione del cambiamento organizzativo per valorizzare al meglio le opportunità rese disponibili dalle nuove tecnologie. Le tecnologie digitali sono fondamentali per rendere possibili nuovi modi di lavorare; sono da considerarsi, quindi, un fattore indispensabile del lavoro agile.

È altresì necessaria una cultura organizzativa basata sui risultati, capace di generare autonomia e responsabilità, di apprezzare risultati e merito di ciascuno.

È evidente, quindi, come il tema della misurazione e valutazione della performance assuma un ruolo strategico nell'implementazione del lavoro agile, ruolo che emerge sin dalle prime disposizioni normative che hanno introdotto tale istituto nel nostro ordinamento. Una riflessione particolare è richiesta in relazione alla performance individuale, non solo perché lo svolgimento della prestazione in modalità agile impone ancor più la necessità di individuare in maniera puntuale i risultati attesi, sia in relazione all'attività svolta che ai comportamenti tenuti, ma anche perché deve essere chiaro che il sistema di misurazione e valutazione è unico e prescinde dal fatto che la prestazione sia resa in ufficio, in luogo diverso o in modalità mista. Si possono utilizzare indicatori ad hoc per il lavoro agile, ma le dimensioni delle performance devono essere le stesse per tutte le strutture organizzative e i dirigenti e dipendenti dell'Azienda.

Un ruolo fondamentale nella definizione dei contenuti del POLA e in particolare nella programmazione e monitoraggio degli obiettivi in esso individuati, è svolto dai dirigenti quali promotori dell'innovazione dei sistemi organizzativi. Alla dirigenza è richiesto un importante

cambiamento di stile manageriale e di leadership caratterizzato dalla capacità di lavorare e far lavorare gli altri per obiettivi, di improntare le relazioni sull'accrescimento della fiducia reciproca, spostando l'attenzione dal controllo alla responsabilità per i risultati. I dirigenti, inoltre, oltre a essere potenziali fruitori, al pari degli altri dipendenti, delle misure innovative di svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile, sono tenuti a salvaguardare le legittime aspettative di chi utilizza le nuove modalità in termini di formazione e crescita professionale, promuovendo percorsi informativi e formativi che non escludano i lavoratori dal contesto lavorativo, dai processi d'innovazione in atto e dalle opportunità professionali. I dirigenti sono chiamati a operare un monitoraggio mirato e costante, in itinere ed ex- post, riconoscendo maggiore fiducia alle proprie risorse umane ma, allo stesso tempo, ponendo maggiore attenzione al raggiungimento degli obiettivi fissati e alla verifica del riflesso sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa.

Ogni Responsabile garantisce parità di trattamento e non discriminazione nell'accesso al lavoro agile, nell'ambito dei criteri fissati nel Regolamento. È compito della dirigenza esercitare un potere di controllo diretto su tutti i dipendenti ad essi assegnati, a prescindere dalla modalità in cui viene resa la prestazione, organizzare per essi una programmazione delle priorità e, conseguentemente, degli obiettivi lavorativi di breve- medio periodo, nonché verificare il conseguimento degli stessi.

Cronoprogramma

Sulla base di quanto disposto dalla legge n. 124 del 2015, articolo 14, comma 1, l'Azienda ha redatto il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), che è costituito, allo stato, dal regolamento sul lavoro agile approvato con la Deliberazione. 614/DG del 03.09.2025

Tale atto ha altresì approvato:

- Schema di atto n. 1 *“Accordo individuale di smart working”*;
“Misure per il corretto trattamento dati da parte dei lavoratori agili”;
“Opuscolo informativo salute e sicurezza dei lavoratori in modalità agile”;
- Schema di atto n. 2 *“Contratto di comodato d'uso”*;
“verbale di consegna di personal computer portatile”;
“verbale di riconsegna di personal computer portatile”;

L'atto è stato di recente oggetto di modifica con la Deliberazione n. 14 del 19 gennaio 2026, relativamente allo schema del contratto di comodato d'uso.

Allo stato è in conclusione la distribuzione dei Pc portatili aziendali, la loro configurazione anche rispetto alla tematica della sicurezza dei dati aziendali; le singole strutture hanno definito gli accordi individuali.

Relativamente alla sicurezza sul lavoro l'Azienda consegna, prima dell'avvio del lavoro agile, un documento scritto informativo dei rischi connessi alla particolare modalità di esecuzione della prestazione. Il/la dipendente è tenuto a cooperare all'attuazione delle misure di prevenzione predisposte dall'Azienda per fronteggiare i rischi; il lavoratore è tutelato contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali dipendenti da rischi connessi alla prestazione lavorativa resa all'esterno dei locali aziendali. Il lavoratore è altresì tutelato contro gli infortuni sul lavoro occorsi durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello eventualmente diverso prescelto per lo svolgimento della prestazione lavorativa – luogo di lavoro agile – nei limiti e alle condizioni di cui alle disposizioni del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

In caso di infortunio durante la prestazione lavorativa, il dipendente deve darne tempestiva comunicazione, secondo le indicazioni aziendali in materia.

L'Azienda mette in atto misure tecniche ed organizzative idonee a garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati in suo possesso contro la perdita, il furto, nonché l'uso, la divulgazione o la modifica non

autorizzata. A tutti coloro che effettuano attività lavorativa in modalità agile e in telelavoro sono fornite specifiche istruzioni operative, nonché l'informativa redatta ai sensi dell'art. 13 del GDPR.

La mappatura delle attività permette, tra l'altro, di constatare come la configurazione delle strutture/articolazioni trasversali/di supporto denoti, in generale, una flessibilità organizzativa tale da consentire, in linea di principio, un adeguato avvicendamento - nell'ambito delle stesse - tra colleghi; questa specificità organizzativa agevola, in via teorica, l'accesso al lavoro agile da parte di un numero maggiore di dipendenti. Naturalmente la modalità agile non può essere garantita in quegli ambiti in cui le attività devono essere svolte in presenza.

I dirigenti dell'Azienda sono coinvolti nella definizione delle attività compatibili con il lavoro agile, rispetto alle quali, sulla base del piano di sviluppo individuato, sarà possibile dar luogo ad appositi accordi individuali.

3.3. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Il Piano triennale dei fabbisogni del personale è un adempimento prescritto dall'articolo 6 del D.Lgs 165/2001 ed è lo strumento strategico e programmatico per individuare, nel rispetto dei vincoli finanziari e degli equilibri di finanza pubblica in materia di spesa del personale, le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

Inoltre, la programmazione triennale dei fabbisogni è inclusa quale sezione del nuovo strumento di programmazione di cui all'art. 6 del D.L. n. 80 /2021, convertito in L. n. 113/2021 che prevede la predisposizione del Piano Integrato delle Attività e delle Organizzazioni. Il comma 2 del medesimo articolo 6, prevede che il Piano integrato delle attività e delle Organizzazioni, tra l'altro, definisce *“compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all' articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali”*.

In riferimento al Piano Triennale del Fabbisogno si rappresenta che ad oggi l'Azienda ha inviato – da ultimo - il Piano Triennale del Fabbisogno 2024/2026, predisposto sulla base delle linee guida della Regione, soggetto responsabile della programmazione e dell'organizzazione del SSR, trasmesse con la nota prot. n. 1024381 del 14/8/2024; tale piano costituisce, in parte, la trasposizione delle autorizzazioni rilasciate dal predetto ente regionale nel corso del mese di maggio 2024.

Nel mese di luglio 2025 è stato presentato il fabbisogno assunzionale complessivo per il solo anno 2025 (che ricomprende anche le assunzioni già concesse nell'anno) sulla base di una apposita richiesta di Regione; tale fabbisogno è stato anche illustrato e rappresentato in Regione. In seguito il predetto ente ha comunicato di poter autorizzare un fabbisogno anticipatorio di n. 53.

Allo stato non è pervenuta alcuna comunicazione da parte della Regione Lazio, in merito alle modalità di analisi, predisposizione e compilazione del predetto Piano 2026/2027.

Pertanto solo a seguito della ricezione delle nuove linee guida sarà possibile procedere con la predisposizione del Piano del fabbisogno 2026/2027.

Nel corso dell'anno si concluderanno le procedure assunzionali delle unità autorizzate per l'anno 2024 e 2025, ove possibile e nel rispetto del budget complessivo previsto dalla Regione Lazio (Allegato 7).

3.4 PIANO FORMATIVO AZIENDALE (PFA) 2026

1. Premessa

In osservanza alla Deliberazione DI Giunta Regionale del 4 dicembre 2025, n. 1170 - *Approvazione dell'Addendum al "Programma Formativo Regionale 2025-2027 in materia di sanità" di cui alla DGR 588/2025*, con le finalità già previste dall'art. 7 bis del D. Lgs. n. 165 del 30.03.2001, 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"*, e dei disposti dei vigenti CCNL Sanità, è predisposto il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2026.

Così come stabilito dall'art. 6 del D.L. n. 80 del 09.06.2021, il PFA diviene parte del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), quale documento unico di programmazione e governance che dal 30.06.2022 integra molti dei Piani finora predisposti per settore dalle amministrazioni pubbliche: performance, fabbisogni formativi del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione.

Con l'intento di garantire a tutto il personale la continuità dell'esercizio del diritto/dovere della formazione, secondo i principi di trasparenza, di rotazione e di pari opportunità, l'Azienda, tramite la Uosd Formazione e sviluppo delle competenze professionali, ha redatto il presente PFA 2026, in ottemperanza alle norme ed ai criteri rappresentati, a quanto stabilito nel proprio Regolamento per la Formazione Continua (Deliberazione n. 843/DG/2020) nonché agli irrinunciabili requisiti di sostenibilità economica ed organizzativa.

2. Le risorse

2.1 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) ed un video proiettore (VP);
- Sala "Folchi", situata presso il Corpo F, dotata di circa 400 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).

2.2 LA FORMAZIONE A DISTANZA (FAD)

GLI STRUMENTI: LA PIATTAFORMA PER LA FAD ASINCRONA (E LEARNING) E PER LA FAD SINCRONA (VIDEOCONFERENZA)

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

- di una propria piattaforma per la FAD asincrona (E Learning), in uso solo per i corsi di formazione non ECM;
- della licenza per la piattaforma Microsoft Teams, applicativo multifunzione che consente di accedere alle lezioni in modalità sincrona (videoconferenza), accreditata nel mese di dicembre 2020.

Attualmente, l'Azienda sta predisponendo l'acquisizione di una nuova piattaforma per la gestione sia della FAD sincrona (videoconferenza) che della FAD asincrona (E Learning), che sarà oggetto di accreditamento per tutti i corsi di formazione ECM.

2.3 IL COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

La Deliberazione n. 275/DG/2008, che istituisce il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) aziendale, i cui componenti sono stati aggiornati con Deliberazione n. 464/DG del 23/05/2023, attribuisce allo stesso le seguenti funzioni:

- promuovere la cultura tecnico – scientifica;
- promuovere la divulgazione scientifica e lo sviluppo della ricerca clinica ed 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.

2.4 I DOCENTI

Il CCNL Triennio 2019 – 2021 Dirigenza Medica, all'art. 45, comma 7, prevede che *“La partecipazione dei dirigenti all'attività didattica, da questi svolta a favore dell'Azienda o Ente di appartenenza, si realizza nelle seguenti aree di applicazione:*

- a) 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.;*
- b) corsi di aggiornamento professionale obbligatorio del personale del comparto, organizzati dalle Aziende o Enti del Servizio sanitario nazionale;*
- c) 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);*
- d) formazione di base e riqualificazione del personale”.*

Cio' 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 ed il percorso formativo dei docenti e deve essere debitamente motivata.

I disposti contrattuali prevedono che la selezione può non essere effettuata solo quando:

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

La remunerazione dei docenti interni è erogata in ottemperanza ai suddetti disposti contrattuali, così come recepite dal vigente Regolamento aziendale, mentre per i docenti esterni sono applicate le tariffe previste dal Decreto del Ministero della Sanità del 01.02.2000 “Tariffe orarie per i corsi di formazione, perfezionamento, aggiornamento organizzati dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS)” e dalla Circolare n. 41 del 05.12.2003 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali “Tipologia dei soggetti promotori, ammissibilità delle spese e massimali di costo per le attività cofinanziate dal Fondo Sociale Europeo nell’ambito di Programmi Operativi Nazionali (PON), punti C.3.2 e C.3.3”, così come indicate specificamente nel vigente Regolamento aziendale.

2.5 IL BUDGET ANNUALE

Il CCNL Triennio 2019 – 2021 Dirigenza Medica, all’art. 45, comma 1 prevede che “L’Azienda o l’Ente definisce annualmente la quota di risorse da destinare ad iniziative di formazione ed aggiornamento dei dirigenti costituendo un apposito fondo. Al finanziamento delle attività di formazione si provvede utilizzando una quota annua, a carico del bilancio aziendale, non inferiore all’1% del monte salari relativo al personale dirigente destinatario del presente CCNL, nel rispetto della circolare del Ministro della funzione pubblica n. 14 del 24.4.1995 e dei vincoli previsti dalle vigenti disposizioni di legge in materie. Ulteriori risorse possono essere individuate considerando i canali di finanziamento esterni, comunitari, nazionali o regionali. La definizione delle risorse annuali è oggetto di informazione preventiva ai sensi dell’art. 5, comma 4, lett. d) (Informazione) e lo stato di attuazione dei piani di formazione e aggiornamento professionale costituisce oggetto di confronto aziendale ai sensi dell’art. 6, comma 3, lett. k) (Confronto aziendale)”.

Il suddetto CCNL, all’art. 45, comma 2, prevede altresì che “L’Azienda o Ente, nell’ambito dei propri obiettivi di sviluppo e nel rispetto di quanto previsto dall’art. 6, comma 3, lett. k) (Confronto aziendale), realizza iniziative di formazione e di aggiornamento professionale obbligatorio anche avvalendosi della collaborazione di altri soggetti pubblici o privati specializzati nel settore. Le attività formative devono tendere, in particolare, a rafforzare la cultura manageriale, la competenza professionale specifica e la capacità dei dirigenti di gestire iniziative di miglioramento e di innovazione dei servizi, destinate a caratterizzare le strutture sanitarie del comparto in termini di dinamismo, competitività e qualità dei servizi erogati”.

Analogamente, il CCNL Triennio 2019 – 2021 Comparto Sanità, Art. 66, comma 13 prevede che “Al finanziamento delle attività di formazione si provvede utilizzando una quota annua non inferiore all’1% del monte salari relativo al personale destinatario del presente CCNL, nel rispetto dei vincoli previsti dalle vigenti disposizioni di legge in materie. Ulteriori risorse possono essere individuate considerando i canali di finanziamento esterni, comunitari, nazionali o regionali”.

Il budget annuale è definito dall’Azienda con la Previsione dei Costi del Piano Formativo Aziendale (PFA), in ottemperanza ai disposti contrattuali ed in coerenza alla spesa storica, secondo lo schema di base seguente:

PREVISIONE COSTI FORMAZIONE CONTINUA U.O.S.D. FORMAZIONE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI ANNO 2026
--

PIANO FORMATIVO AZIENDALE ANNO 2026	Preventivo
--	-------------------

DESCRIZIONE ATTIVITA'	Importo in Euro
Costo contributo ECM Regionale per accreditamento corsi	15.000,00
Costo docenti interni ed esterni per corsi ECM pianificati	10.000,00
Formazione risorse esterne Area Sanitaria <i>Corsi base Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS)</i> <i>Corso di formazione base Advanced Trauma Life Support (ATLS)</i>	13.339,00
Formazione risorse esterne Uffici in staff alla Direzione Generale, alla Direzione Amministrativa ed alla Direzione Sanitaria	10.000,00
Formazione Direttore Generale Amministrativo Sanitario	15.000,00
Formazione proposta dalla Direzione Strategica	25.000,00
Addetti antincendio rischio elevato – 5 CORSI (€ 7554.00 a corso)	40.170,00
Art. 37 D. Lgs. 81/08 lavoratori alto rischio, RLS, dirigenti, preposti, RSPP, ASPP Competenze anno 2025	9.463,80
Formazione obbligatoria in materia di salute e sicurezza – rischi specifici	3.782,40
Corso Preposti	2.582,00
Abbonamenti riviste, Clinical Decision Support (CDS),etc. <i>Abbonamento al Clinical Decision Support UpToDate Anywhere advanced anno 2025</i> <i>Rinnovo abbonamento Biblioteca Alessandro Liberati (BAL)</i>	37.605,24 6.000,00
Totale costi Formazione Continua	187.942,44

Descrizione conti anno 2026:

502020301 “Formazione (esternalizzata e non) da pubblico”: € 66.324,00

502020302 “Formazione (esternalizzata e non) da privato”: € 121.618,00

3 LA PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' FORMATIVE

3.1 I RIFERIMENTI PER LA REDAZIONE DEL PIANO FORMATIVO AZIENDALE (PFA) 2025

In un'Azienda in cui l'assetto organizzativo ed 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, sono state individuate le seguenti priorità:

- Sviluppo di strategie per la gestione dei tempi di attesa, secondo criteri di efficacia e di appropriatezza;
- Sviluppo di strategie *evidence based* per favorire l'introduzione e l'adozione dell'intelligenza artificiale nell'organizzazione sanitaria, nella pratica clinica e nella ricerca;
- Sviluppo di strategie per la gestione dell'area emergenza – urgenza, con particolare riferimento all'*overcrowding*;
- Produzione, implementazione e monitoraggio di PDA secondo gli standard definiti dalla comunità scientifica internazionale;
- Corso di management dei servizi sanitari per i Direttori di Dipartimento.

Inoltre, tra gli interventi previsti dalla DGR 332 del 24.05.2022, nell'ambito della Missione 6 - Salute del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR), nonché dalla citata Determinazione – GSA n. G16918 del 15.12.2023, risulta compresa anche la submisura relativa alla formazione del personale operante nelle strutture ospedaliere sul tema delle *infezioni nosocomiali*.

In merito, la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio si avvarrà degli Enti pubblici del SSR che, accreditati in qualità di Provider ECM, assumeranno il ruolo di soggetti attuatori esterni in base ad unico programma di formazione, che sarà definito tenendo conto dei target qualitativi e temporali previsti dal Contratto Istituzionale di Sviluppo (cronoprogrammi attuativi), secondo i moduli formativi sintetizzati nell'Allegato 5 al Piano Operativo Regionale "Indicazioni nazionali sulla strutturazione del programma del corso di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero".

L'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, accreditata in qualità di Provider ECM, dovrà realizzare il suddetto programma formativo per 771 dipendenti.

Altresì, nell'ambito delle priorità formative individuate dalla Direzione Strategica, sono da annoverare i temi compresi nel Piano Annuale per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS).

Contestualmente, il fabbisogno formativo rilevato dai **DIRETTORI DEI DIPARTIMENTI**, evidenziando gli argomenti ed 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 ed organizzative, in coerenza agli obiettivi di performance assegnati.

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).

Altre iniziative sono individuate nell'ambito della **FORMAZIONE A SUPPORTO DI MATERIE SPECIFICHE**, anche con ricorso a risorse esterne, così come indicate dalle UU.OO. in staff alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria ed alla Direzione Amministrativa.

Nella redazione del PFA 2026 non si è trascurato di considerare l'opportunità formativa che Federsanità offre attraverso FEDER 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.

3.2 IL PIANO FORMATIVO AZIENDALE (PFA) 2026

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) è uno strumento di programmazione che descrive le strategie e le attività formative previste dall'Azienda nell'anno di riferimento per la valorizzazione e lo sviluppo del proprio personale, in osservanza alla Determinazione – GSA n. G16918 del 15.12.2023 *“Indirizzi per la formazione del personale delle Aziende ed Enti del SSR per il triennio 2023-2025”*, con le finalità già previste dall'art. 7 bis del Decreto Legislativo n. 165 del 30.03.2001, 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”*, e dei disposti dei vigenti CCNL Sanità.

Per conto dell'Azienda, il PFA è redatto annualmente dalla UOSD Formazione e sviluppo delle competenze, in condivisione con il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) aziendale.

La suddetta UOSD gestisce le attività formative previste nel PFA in termini di:

- supporto e coordinamento della fase di progettazione;
- programmazione ed organizzazione della fase di erogazione;
- adempimento agli obblighi previsti dalla piattaforma AGENAS (dall'accreditamento ECM delle attività formative previste alla rendicontazione finale delle attività formative svolte).

L'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata 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.

Le iniziative formative del PFA 2026, programmate in base ai riferimenti di cui al punto 3.1, sono suddivise in 4 sezioni:

- **priorità individuate dalla Direzione Strategica**
- **altre priorità individuate dai Direttori di Dipartimento**
- **formazione normata – salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;**
- **formazione a supporto di materie specifiche.**

Le suddette iniziative formative sono descritte nel report che è parte integrante della presente relazione (Allegato 8).

Non si trascurerà di considerare che **il PFA 2026 potrà essere integrato nel corso dell'anno solare di riferimento con ulteriori iniziative formative**, correlate ad esigenze della Direzione Strategica e delle Direzioni di Dipartimento e di Struttura, che potranno rappresentare fino al 50 % di quanto pianificato, con eventuale margine di scostamento della Previsione dei costi.

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

4.1. VALORE PUBBLICO E PERFORMANCE

Il monitoraggio delle sottosezioni “Valore pubblico” e “Performance”, avverrà secondo le modalità indicate nel Regolamento del ciclo di gestione della performance, in fase di revisione, 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 PIAO

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.

A novembre 2024 si è concluso il primo monitoraggio condotto dall’OIV secondo le disposizioni dell’Autorità e le rilevazioni sono pubblicate nella sezione del sito Amministrazione Trasparente – Controlli e rilievi dell’Amministrazione – Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe - Attestazione dell’OIV o di altra struttura analoga ([link](#)).

Annualmente il RPCT compila e pubblica la relazione annuale sull’attuazione della sottosezione rischi corruttivi e trasparenza del PIAO o PTPCT (Allegato 9).

4.3. FORMAZIONE

Gli interventi formativi vengono valutati non solo in termini di output, ma anche di outcome mediante l'utilizzo dei seguenti indicatori:

- 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 previsti nel PFA sono oggetto di monitoraggio anche relativamente alla loro effettiva realizzazione.

Il monitoraggio degli obiettivi formativi, in termini di trasferimento delle attività svolte sulle abilità tecnico – professionali, sui processi e sui sistemi, implicando la valutazione dei cambiamenti nel comportamento lavorativo mediante la misurazione dell'utilizzo di conoscenze, capacità e atteggiamenti appresi durante la formazione, dell'impatto sull'organizzazione in termini di riduzione dei costi, del miglioramento dell'efficienza, dell'incremento della produzione, della riduzione dei tassi di turnover, del miglioramento del clima Aziendale, nonché i risultati attesi, 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, richiedono un apposito processo che in futuro potrà essere implementato.

4.4. ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Il monitoraggio viene effettuato trimestralmente mediante verifica dell'andamento della spesa del costo del personale in relazione al valore stabilito nel concordamento di budget.

Tabella di sintesi del monitoraggio (Allegato 10)